

Курсова робота
на тему:

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА КОРЕКЦІЯ МОВИ ДІТЕЙ ПРИ
ЗАЇКУВАННІ

Виконала:
студентка 53 групи
соціально – психологічного
факультету
спеціальності “Практична
психологія.”
Михайловська Марина Павлівна

Перевірила:
Шаюк Алла Василівна

Тема: психологічні механізми та корекція мови дітей при заїкуванні.

Об'єкт дослідження: діти які страждають дефектами мови, в даному випадку заїканням.

Предмет дослідження: корекція мови дітей, які заїкаються за допомогою психологічних механізмів та логопедичних вправ.

Мета дослідження: дослідити як психологічні механізми впливають на корекцію мови дитини яка заїкається.

Актуальність проблеми: в наш час все більше дітей які мають проблеми з мовою , дітей які заїкаються, і з цього приводу діти комплексують, тому потрібно знайти механізми які цей дефект виправили.

Гіпотеза: заїкування у дитини може бути скоректоване за допомогою логопедичних вправ та психологічних механізмів.

Завдання:

- 1.визначити причини заїкання.
- 2.провести обстеження заїкуватих.
- 3.розробити зміст логопедичних занять.
- 4.підібрати методики логопедичних занять із заїкуватими.
- 5 зробити оцінку мови дітей після проведеного курсу логопедичних занять.

План

	Стр.
Вступ	4
1. Причини заїкання	6
2. Обстеження заїкуватих	9
3. Профілактика заїкання	15
4. Зміст логопедичних занять	16
5. Наочність і технічні засоби навчання	24
6. Методики логопедичних занять із заїкуватими дітьми	27
7. Критерії оцінок мови після проведеного курсу логопедичних занять	48
8. Висновок	50
9. Використана література	56

Вступ

Недостатність сформованості пізнавальних процесів найчастіше є головною причиною труднощів, що виникають у дітей зі ЗПР при навчанні в школі. Як показують численні клінічні й психолого-педагогічні дослідження, істотне місце в структурі дефекту розумової діяльності при даній аномалії розвитку належить порушенням пам'яті.

Спостереження педагогів і батьків за дітьми зі ЗПР, а також спеціального психологічного дослідження вказують на недоліки в розвитку їхньої мимовільної пам'яті. Багато чого з того, що нормально, що розвиваються діти, запам'ятовують легко, як би саме собою, викликає значні зусилля в їхніх відстаючих однолітків і вимагає спеціально організованої роботи з ними.

Однієї з основних причин недостатньої продуктивності мимовільної пам'яті в дітей зі ЗПР є **зниження їхньої пізнавальної активності**. У дослідженні Т.В. Егоровой (1969) ця проблема була піддана спеціальному вивченню. Одна з експериментальних методик, що застосовувалися в роботі, передбачала використання завдання, ціль якого складалася в розкладанні картинок із зображеннями предметів на групи відповідно до початкової букви назви цих предметів. Було виявлено, що діти із затримкою розвитку не тільки гірше відтворювали словесний матеріал, але й витрачали на його пригадування помітно більше часу, чим їх нормально, що розвиваються однолітки. Головна відмінність полягала не стільки в неординарній продуктивності відповідей, скільки в різному відношенні до поставленої мети. Діти зі ЗПР самостійно майже не вживали спроб домогтися більше повного пригадування й рідко застосовували для цього допоміжні прийоми. У тих випадках, коли це все-таки відбувалося, найчастіше спостерігалася підміна мети дії. Допоміжний спосіб використовувався не для пригадування потрібних слів, що починаються на певну букву, а для придумування нових (сторонніх) слів на ту ж букву. До порушень психічного розвитку варто віднести також і заїкання. Проблема заїкуватості займає розуми вже не одного покоління людей і її можна вважати однією із самих найдавніших в історії розвитку вчення про розлади мовлення.

У літературі минулого зустрічалися досить різноманітні тлумачення механізмів заїкуватості. Це пояснюється й рівнем розвитку науки, і позиціями, з яких різні автори підходили й підходять до вивчення цього мовного розладу. Заїкання - один з найбільш важких дефектів мовлення. Воно важко переборне, травмує психіку дитини, гальмує правильний хід його виховання, заважає мовному спілкуванню, утрудняє взаємини з навколишніми, особливо в дитячому колективі. Заїкання є широко розповсюдженим мовним порушенням. Воно виникає в дітей раннього віку в період найбільш активного формування їхнього мовлення й особистості й ще наприкінці XIX в. наш вітчизняний психіатр И. А. Сікорський уперше встановив, що в більшості випадків це відбувається у віці від 2 до 5 років. Але на думку більшості вчених, заїкання - це не тільки розлад мовної функції. У проявах заїкуватості обертають на себе увага розладу нервової системи заїкуватою, їхнього фізичного здоров'я, загальної моторики, властиво мовної функції, наявність психологічних особливостей. Перераховані відхилення в психофізичному стані заїкуватих дітей у різних випадках проявляються по-різному, але проте одне тісно пов'язане з іншим, харчує один одного, ускладнення одного неминує збільшує інше. Керуючись павловським вченням про вищу нервову діяльність людини, заїкання називають захворюванням центральної нервової системи в цілому. У цей час вважається загальновизнаним, що усувати заїкання потрібно відразу ж, як тільки воно виникне. Чим більше часу проходить із моменту початку заїкуватості, тим частіше воно переходить у важкий, стійкий дефект і спричиняє зміни в психіці дитини. Крім того, заїкання позбавляє дитину нормальних умов спілкування й часто перешкоджає його успішному навчанню. Тому даний дефект важливо усунути ще до надходження дитини в школу. Але необхідно впливати на мовлення заїкуватою, але й на його особистість і моторику в цілому. Вплив на різні сторони організму, мовлення й особистості заїкуватим і різним засобами одержало в нашій країні назва комплексного методу подолання заїкуватості.

Причини заїкуватості

Ще Хр. Лагузен (1838) до причин заїкуватості відносив афекти, сором, переляк, гнів, страх, сильні забиті місця голови, важкі хвороби, наслідування неправильної мови батька й матері. И. А. Сікорский (1889) першим підкреслив, що заїкання властиво дитячому віку, коли розвиток мови ще не кінчено. Вирішальну роль він відводив спадковості, вважаючи інші психологічні й біологічні причини (переляк, забите місце, інфекційні хвороби, наслідування) лише поштовхами, що порушують рівновагу нестійких у дітей мовних механізмів. Г. Д. Неткачев (1909) причину заїкуватості шукав в неправильних методах виховання дитини в родині й уважав шкідливим як суворе, так і заголюблене виховання.

Закордонні дослідники як причини виникнення заїкуватості виділяли неправильне виховання дітей (А. Шервен, 1908); астенізацію організму внаслідок інфекційних захворювань (А. Гутцман, 1910); недорікуватість, наслідування, інфекції, падіння, переляк, леворукість при переучуванні (Т. Гепфнер, 1912; Э. Фрешельс, 1931).

Таким чином, в етіології заїкуватості відзначається сукупність екзогенних і ендогенних факторів (В. А. Гіляровський, М. Е. Хватцев, Н. А. Власова, Н. И. Красногорский, Н. П. Тяпугін, М. Зеєман і ін.).

У цей час можна виділити дві групи причин: що привертають “ґрунт і виробляючі “поштовхи”. При цьому деякі етіологічні фактори можуть як сприяти розвитку заїкуватості, так і безпосередньо викликати його.

До причин, що привертають, відносяться наступні: невропатична обтяженість батьків (нервові, інфекційні й соматичні захворювання, що послабляють або дезорганізують функції центральної нервової системи);

невропатичні особливості самого заїкуваного (нічні страхи, енурез, підвищена дратівливість, емоційна напруженість);

конституціональна схильність (захворювання вегетативної нервової системи й підвищена ранимість вищої нервової діяльності, її особлива схильність психічним травмам);

спадкоємна обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті уродженої слабості мовного апарата, що може передаватися по спадщині в якості рецесивної ознаки). При цьому необхідно обов'язково враховувати роль екзогенних факторів, коли схильність до заїкуватості сполучається з несприятливими впливами навколишнього середовища;

поразка головного мозку в різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих факторів: внутрішньоутробні й родові травми, асфіксія;

постнатальні - інфекційні, травматичні й обмінно-трофічні порушення при різних дитячих захворюваннях.

Зазначені причини викликають різні патологічні зрушення в соматичній і психічній сферах, приводять до затримки мовного розвитку, до мовним розладам і сприяють розвитку заїкуватості.

До несприятливих умов відносяться: фізичне ослаблення дітей;

вікові особливості діяльності мозку ; великі півкулі головного мозку в основному формуються до 5-го року життя, до цього ж віку оформляється функціональна асиметрія в діяльності головного мозку. Мовна функція, онтогенетично найбільш диференційована й пізно дозріваюча, особливо тендітна й ранима. Причому більше повільне її дозрівання в хлопчиків у порівнянні з дівчинками обумовлює більше виражену нестійкість їхньої нервової системи;

прискорений розвиток мови (3 - 4 роки), коли її комунікативна, пізнавальна й регулююча функції швидко розвиваються під впливом спілкування з дорослими. У багатьох дітей у цей період спостерігається повторення складів і слів (ітерації), що має фізіологічний характер;

сховане психічне ущемлення дитини, підвищена реактивність на ґрунті ненормальних відносин з навколишніми; конфлікт між вимогою середовища й ступенем його усвідомлення;

недостатність позитивних емоційних контактів між дорослими і дитиною. Виникає емоційна напруженість, що нерідко зовні дозволяється заїкуватістю;

недостатній розвиток моторики, почуття ритму, мімико-артикулярних рухів.

При наявності тих або інших з перерахованих несприятливих умов досить якого-небудь надзвичайного по своїй силі подразника, щоб викликати нервовий зрив і заїкання.

У групі виробляючих причин виділяються анатомо-фізіологічні, психічні й соціальні.

Анатомо - фізіологічні причини: фізичні захворювання з енцефалітичними наслідками; травми - внутрішньоутробні, передродові, нерідко з асфіксією, струс мозку; органічні порушення мозку, при які можуть ушкоджуватися підкіркові механізми, що регулюють рухи; виснаження або перевтома нервової системи в результаті інтоксикацій і інших захворювань, що послабляють центральні апарати мови: кір, тиф, рахіт, глисти, особливо коклюш, хвороби внутрішньої секреції, обміну;

хвороби носа, глотки й гортані; недосконалість звуковимовного апарата у випадках дислазії, дизартрії й затриманого розвитку мови.

Психічні й соціальні причини: короткочасна - одномоментна - психічна травма (переляк, страх); довгостроково-діюча психічна травма, під якою розуміється неправильне виховання в родині: розпещеність, імперативне виховання, нерівне виховання, виховання “зразкової” дитини; хронічні конфліктні переживання, тривалі негативні емоції у вигляді стійких психічних напруг або недозволених, постійно конфліктних ситуацій, що закріплюються; гостра важка психічна травма, сильні, зненацька виникаючі потрясіння, що викликають гостру афективну реакцію: стан жаху, надмірної радості;

неправильне формування мови в дитинстві: мова на вдиху, скоромовлення, порушення звуковимови швидка нервова мова батьків; перевантаження дітей молодшого віку мовним матеріалом; невідповідне віку ускладнення мовного матеріалу й мислення (абстрактні поняття, складна конструкція фрази); поліглосія: одночасне оволодіння в ранньому віці різними мовами викликає заїкання звичайно на якому-небудь одній мові;

наслідування заїкуватої. Різняться дві форми такої психічної індукції: пасивна - дитина мимоволі починає заїкатися, чуючи мову заїкуватого; активна - він копіює мову заїкувати; переучування ліворукості. Постійні нагадування, вимоги можуть дезорганізувати вищу нервову діяльність дитини й довести до невротичного й психопатичного стану з виникненням заїкуватості; неправильне відношення до дитини вчителів: зайва строгість, суворість, невміння розташувати учня - і може служити поштовхом для появи заїкуватості.

Обстеження заїкуватих.

Обстеження заїкуватих здійснюється комплексно (логопедом, невропатологом, психологом) із залученням по необхідності інших фахівців: педіатра, терапевта, психіатра, окуліста отоларинголога й ін.

Зміст обстеження включає вивчення анамнестичних відомостей, педагогічної, психологічної й медичної документації й дослідження самого заїкуватого з бесіди з батьками логопед з'ясовує найбільше значимі події, що виникли в родині, і у зв'язку із цим уточнює особливості загального, моторного й мовного розвитку дитини.

Оцінюються основні моменти пренатального (дородового) періоду: вік матері (менш або більше 35 років) при народженні дитини, нервово- психічне здоров'я, хвороби матері, батька, плин вагітності. Дані про здоров'я батька й матері до появи дитини дозволяють визначити можливі відхилення в його соматичному й нервово-психічному стані. Виявлення несприятливих факторів внутрішньоутробного розвитку допоможе визначити їх непрямий вплив на наступний мовний розвиток дитини.

Виявлені відхилення, різні негативні факти натального й постнатального періодів розвитку дитини аналізуються й оцінюються фахівцями з метою найбільш повного вивчення етіології й патогенезу заїкуватості.

У бесідах з батьками уточнюються відомості про мовний розвиток дитини: коли з'явилися перші звуки, ледачий, белькіт, перші слова, фрази, яким темпом мови користується, чи не було особливостей поведінки в моменти

мовного спілкування з навколишніми. Важливо довідатися й про мовне оточення дитини (чине заїкаються, чи не говорять занадто швидко батьки або близькі дитині люди).

Приділяється увага вивченню питання виховання дитини в родині: відношення до нього дорослих (немає чи заласкування, потакання капризам або, навпаки, неврівноваженого, різкого обігу, фізичних покарань, залякування); допомога у формуванні в нього правильної мови (немає чи перевантажень у завчанні складних текстів) або, навпаки, майже повне відсутність контролю за розвитком його правильної вимови, граматично правильного мовного спілкування й т.д.

Коли виникло заїкання, з'явилися перші його ознаки? Як зовні воно виражалося? Які. передбачувані причини могли його викликати? Як розвивалося, які особливості проявів звернули на себе увага батьків: немає чи супутніх рухових порушень (судорог, постукування рукою, ногою, погойдування головою та ін.) або недоліків мови (зайві слова, звуки, вимова окремих звуків і слів на виху й ін.)? Як проявляється воно залежно від обстановки або оточуючих людей, від різного виду діяльності? Як говорить дитина один (наприклад, зі своїми іграшками)? Із чим зв'язані періоди погіршення й поліпшення мови? Як дитина ставиться до наявного в нього мовному недоліку (зауважує, не зауважує, байдужний, переживає, соромиться, приховує, боїться говорити й т.д.)? Чи зверталися батьки за допомогою: куди, коли, що було рекомендовано, які результати? Відомості про особливості протікання заїкуватості дозволяють у кожному конкретному випадку вибрати основну форму лікування педагогічного впливу. Наявність супутніх порушень моторики вказує на необхідність рухових вправ, бути може, навіть циклу занять по лікувальній фізкультурі

Особливості психологічних проявів у заїкуватих жадають від логопеда передбачити й цей план впливу на нього: відволікти від фіксованості на своєму дефекті, перешикувати його відношення до себе, до своєї мови, навчити його чути свою правильну мову.

Після уточнення відомостей про дитину, історії виникнення й особливостей протікання в нього заїкуватості проводиться обстеження мови заїкуватого й немовних процесів, що роблять безпосередній вплив на його мовну діяльність.

Проводиться дослідження його товариськості, моторики, імпресивної і експресивної мови, ігровий, навчальної, виробничої діяльності, особистісних особливостей заїкуватого.

Розрізняють первинне (протягом першого місяця перебування дитини в мовній дошкільній установі або в перші два тижні перебування в санаторії для заїкуватих дітей, на шкільному логопедичному пункті) і динамічне вивчення заїкуваті в процесі корекційно-виховного впливу.

Для дослідження мови дітей використовуються картинки, книжки з віршами, казками, підбираються іграшки (ляльки, машинки, фігурки тварин, будівельний матеріал).

Конкретні завдання мовного обстеження полягають у тім, щоб визначити:

- місце виникнення й форму мовних судорог;
- частоту їхніх проявів і збережені мовних можливостей заїкуватих;
- супутні порушення мови; рухові порушення;
- відношення заїкуватих до свого мовного дефекту;
- наявність психологічних особливостей.

Місце виникнення судорог (дихальних, голосових, артикуляційних, змішаних) і їхня форма (клонічнічна, тонічна, змішана) визначаються на слух або зір.

Частота судорог у заїкуватих представляє для логопеда особливий інтерес. Вона дозволяє судити про збережені ділянки мови, і, отже, від її безпосередньо буде залежати наскільки правильно й успішно почнуться перші ж мовні заняття з дитиною. Вивчення рівня вільної мови починається з виявлення залежності пароксизмов заїкуватості від різної ступеня його мовної самостійності. У бесіді про його батьків, друзів, інтересах і т.д. виявляються особливості його мовного поведіння й мовних судорог. Дитині пропонується

скласти розповідь або описати зміст картинки, переказати знайому казку; логопед читає розповідь і пропонує переказати його й т.д. Потім перевіряє стан відбитої й сполученої мови шляхом повторення або спільного проголошення простих і складних фраз.

Рівень вільної мови заїкуватого залежить не тільки від різної ступеня її самостійності, але й від її підготовленості.

Необхідно простежити появу мовних судорог залежно від того, чи вимовляє дитина складну або просту фразу, окремі слова або звуки. На матеріалі переказу тексту фіксується, у яких випадках виникають мовні судороги: тільки а початку розповідання, на початку фраз, на окремих словах або звуках. З'ясовується, чи не залежать мовні судороги від рівня гучності мови. Із цією метою пропонується обстежуваному говорити тихо, голосно, пошепки.

Вплив різного ступеня ритмізованості на мову заїкуватих може бути перевірене в такий спосіб: він розповідає про те, що намальовано на картинках, передає зміст казки, що є ритмізованою прозою, розповідає вірш.

При обстеженні логопед звертає увагу на супутні мовні й рухові порушення: зайві слова або звуки, проголошення окремих звуків, слів і навіть пропозицій на вдиху, неправильна вимова звуків мови, недоліки словника й граматичного ладу мови, темпу, міоклонуси (мимовільні рухи), різні допоміжні (довільні) рухи й деякі особливості мовного поводження: скутість і напруженість загальних рухів або, навпаки, їхня різкість, хаотичність, незібраність, “розхитаність”.

При дослідженні ігрової діяльності дітей з'ясовується характер їх ігор, взаємини, ступінь ігрової активності, емоційний стан.

При дослідженні навчальної діяльності звертається увага на те, як заїкуваті школярі користуються різними формами мови в процесі навчання.

Звертається увага й на наявність у них психологічних особливостей, зокрема на ступінь хворобливої фіксованості на своєму мовному дефекті.

Про психологічні особливості заїкуватої відомості черпаються з бесід з батьками. Логопед уточнює відомості про його контактність із навколишніми (будинку, у школі, з однолітками й дорослими, знайомими й незнайомими), звертає увагу на оцінку власної мови (знає або не знає про свою мовну недосконалість, яке значення надає йому), на наявність захисних реакцій (уразливість, незручність, маскування, відхилення від мовного спілкування), на мовне поводження при обстеженні (очікує допомоги, прагне до активного подолання недоліку або не розуміють, навіщо потрібні мовні заняття). Вивчення заїкуватої триває і в процесі корекційного курсу. Крім бесід із заїкуватими, їх батьками, вивчення психолого-педагогічної й медичної документації, використовуються методи по створенню експериментальних ігрових, навчальних ситуацій, психодіагностичні методи (метод Роршаха, тематичний апперцепційний тест (ТАТ), методика С. Розенцвейга, методика “тест- конфлікт”, методика незакінчених пропозицій, оцінні шкали, тести психічних функцій і моторики й т.д.). Зазначені методи застосовуються в якості коштовного джерела інформації для завершення діагностичної картини, для більше тонкого розуміння психологічних особливостей заїкуватого. Одержувана з їхньою допомогою кількісна і якісна інформація піддається інтерпретації на основі комплексного психолого- педагогічного вивчення випробуваного.

У логопедичному висновку враховується: Форма заїкуватості (тонічна, конічна, змішана), вид судорог (дихальний, голосовий, артикулярний, змішаний), ступінь заїкуватості (легка, середня, важка), темп мови (уповільнений, прискорений, скоромовлення, наявність тахілалії), що супроводжують заїкуватості дислазія, стерта форма дизартрії, загальне недорозвинення мови, стан моторної функції, наявність і виразність психічних симптомів заїкуватості: страх мови (логофобія), рухові й мовні виверти, емболофразія, зміна стилю мови й ін., наявність хвилювання в процесі заїкуватості, реакція на хвилювання.

Фіксація уваги на мовному процесі і її вплив на заїкання, вплив складності мовної ситуації на заїкання, індивідуально-психологічні особливості заїкуватого, характер ігрової діяльності, відношення до навчальної діяльності, коло ситуацій, у яких проявляється заїкання (в усіх, у більшості, у деяких).

Логопедичний висновок дає можливість здійснити диференціальну діагностику й відрізнити заїкання від інших мовних розладів (тахіталії, дизартрії, від спотикання фізіологічного характеру), а також відокремити різні форми заїкуватості друг від друга. Дані комплексного вивчення заїкуватого дозволяють установити його природу.

Наявність різних проявів заїкуватості, психологічних особливостей і поводження кожного заїкуватого визначають і особливості вибору засобів, прийомів і спрямованості логопедичної роботи індивідуально для кожного заїкуватого в умовах загальної поетапної логопедичної роботи з усією групою.

Прогноз подолання заїкуватості залежить від багатьох умов, у першу чергу від його механізмів, від строків початку комплексного впливу й повноти його застосування, від віку й т.д. Можна вважати, що чим молодший вік, чим активніше й життєрадісніше загальне поводження, чим менше відділів мовного апарату захоплено судомою й чим слабкіше сама судорога, чим менше психічних нашарувань, тим прогноз кращий. Для заїкуватості, уродженого обтяження, що розвивається на ґрунті, або придбаної нейропатії, а також з'явилися без видимих зовнішніх впливів, пророкування менш сприятливо. Тут частіше рецидиви. Успішніше усуваються судороги дихальні, чим голосові, конічна форми зникають легше, ніж тонічні. Отже, на них легше впливати через 11 сигнальну систему, чим на тонічні, характерні для порушення підкірки, що сутужніше піддається зазначеному впливу. Прогноз у значній мірі залежить від особистості дитини, від особистості й майстерності логопеда.

Найбільш сприятливим є вік 2 - 4 роки (легше створити сприятливі умови, невеликий стаж заїкуватості). Найменш сприятливим виявляється вік 10 - 16 років, пубертатний період (загострена психічна ранимість, прагнення до волі, самостійності, нелюдськість і інші негативні особистісні якості). Нерідко

зникла заїкання потенційно зберігається й готово виявитися при виникненні несприятливих умов.

У більшості випадків прогноз при заїкуватості сприятливий і соціальна адаптація заїкуватих здійснюється в досить високому ступені.

Профілактика

Профілактика заїкуватості в нашій країні здійснюється комплексно й послідовно. Спочатку вона проводиться з батьками до народження дитини, щоб попередити негативні впливи на дитину після народження (берегти від забитих місць голову, тримати в порядку носоглотку, ротову порожнину, не допускати хронічних захворювань, вчасно проводити лікування, видаляти аденоїдні розрощення). Оскільки усне мовлення розвивається по наслідуванню, то для дитини можуть зіграти несприятливу роль особи з заїкуватістю, тахілалією, спотиканням і іншими порушеннями мови. Треба стимулювати дітей до спілкування, але втримувати від занадто рясної мовний продукції. Нервово схильним потрібно створювати більше спокійну обстановку: обмежити мовне спілкування й гучні ігри, не балувати новими іграшками, по можливості уникати великого суспільства навколо них.

При надходженні в школу в дитини може виникнути заїкання або його рецидиви. Тому профілактика заїкуватості необхідна й у шкільні роки.

Варто уникати несподіваних викликів дітей і примуси їх до швидких відповідей; створити в класі навколо заїкувату сприятливу обставину; повідомляти логопедичні знання батькам, учителям і т.д.

У пубертатному періоді звертається увага на стан нервової системи підлітка, на його взаємини з навколишніми, на адекватні способи твердження себе як особистості й т.п. Різні відхилення в нервово- психічному стані підлітка, перенапруга нервової діяльності, емоційно вольової сфери, невірна самооцінка, перевага негативних властивостей особистості можуть послужити причиною виникнення заїкуватості або його рецидиву. Доцільно особлива увага звернути на профілактику рецидивів, виходячи з їхніх причин. Можна вказати

наступні причини рецидивів заїкуватості: погані соціально- побутові умови(нервова обстановка, грубий обіг з дитиною, перевантаження нервової системи навчанням, додатковими заняттями, роботою, психічна перенапруга); недостатньо міцне закріплення успіху в процесі логопедичних занять, відсутність диспансеризації;

недостатньо глибоке перевиховання особистості заїкуватого, неповне усунення вторинних психічних нашарувань, “ґрунту”, на якій виникло заїкання, наприклад, защемлені, подавлені емоції, напружені відносини з навколишніми, в'янули поточні хронічні захворювання й т.д.; хвороби, послаблюючі нервову систему; психічні травми; недостатня увага з сторони навколишніх до дитини, що звільнилась від заїкуватості; порушення режимів діяльності, а також режимів сну, харчування, відпочинку; не усунутий що травмує, постійно діючий фактор, наприклад, що заїкаються матір або батько й ін.

Знаючи зазначені й інші можливі причини рецидивів заїкуватості, логопед постійно проводить профілактичну роботу як у процесі логопедичних занять, так і після їхнього закінчення.

Зміст логопедичних занять

Дидактичний принцип систематичності й послідовності в логопедичних заняттях із заїкуватими відбивається насамперед в логічному розташуванні змісту цих занять, коли повідомлення певних занять і виховання навичок правильної мови в заїкуватих відбувається в строго систематичному й послідовному порядку з обліком їх мовних можливостей, коли весь процес навчання йде від простого до Мінливість проявів заїкуватості відомо давно. І віддавна складному, від відомого до невідомого, від легенького до важкого.

фахівців не залишають надія знайти засіб або спосіб удержати, закріпити можливості вільної мови в заїкуватих: будь те при якійсь певній формі мови або якихось особливих ситуацій. Фахівці різних часів постійно перебували й перебувають у пошуках їхньої мови в заїкуватих в обстановку природного спіл

таких прийомів, способів, засобів, які дозволили б перенести ці зачатки спілкування з оточуючими людьми.

Історії відомі численні спроби створити різні системи поступових вправ, що ускладнюються послідовно, які повинні були б служити в якості перехідного містка від легких форм мови для заїкуватих до більше складним. Ці вправи були б одночасно й тим необхідним тренуванням, що повинна була дозволити заїкуватим говорити не замислюючись, вільно в будь-яких умовах.

Що ж це за фактори, які можуть впливати на посилення або ослаблення судорог? Адже знання цих факторів дозволить знайти й способи, як управляти мовними судорогами, попереджати їх або уникати.

Виявляється таких факторів багато. Одні з них ставляться до особливостей властиво усного мовлення людини. Інші можуть бути віднесені до особливостей зовнішніх умов, що оточують людину в момент його мовного спілкування, або до особливостей його внутрішнього стану при цьому.

Спостереження показують, що на мову заїкуватої дитини робить вплив різний ступінь її самостійності.

Це значить, що частота й сила мовних судорог залежить від того, чи говорить дитини сама (задає питання, мимовільно виражає свої думки, бажання) або робить це із чиеї-або допомогою. Ця допомога (пряма або непряма) може виражатися в підказці йому зразка фрази й навіть просто в спільному її проказуванні.

Залежно від ступеня самостійної мови в ній можна виділити трохи що поступово ускладнюються етапів: Сполучена мова, коли дитина слідом за логопедом і разом з ним вимовляє фрази. Наприклад: |логопед. |логопед і дитина разом. | || | - Я тримаю в руках кубик. |- Я тримаю в руках кубик. | - На кубику намальований слон. |- На кубику намальований слон. | Це найбільш легка для заїкувата форма мови. У випадку навіть дуже важких форм заїкуватості дитина сопряжно говорить зовсім вільно. Це пов'язане з тим, що при цій формі мови він фактично лише копіює чужу фразу (її конструкцію,

манеру вимови), та й вимовляє її навіть не самостійно, а зі сторонньою допомогою. Ступінь самостійності тут практично зводиться до нуля.

Відбита мова припускає (у відмінності від сполученої) тільки лише повторення дитиною фрази слідом за логопедом без її спільного проказування. Зрівняєте : |логопед говорить. |дитина повторює. | | | | - Я підняв з підлоги м'яч.|- Я підняв з підлоги м'яч. | - Цей м'яч яскраво-синій.|- Цей м'яч яскраво-синій. | Як бачимо, дитина тут також повністю використовує чужу конструкцію фрази, її темп, інтонацію, манеру вимови, але він уже позбавлений частково допомоги у вигляді спільного її проказування. Це теж звичайно доступна для всіх заїкуватих дітей форма мови.

У відмінності від відбитої мови тут уже з'являються елементи самостійної мови. Правда, це поки ще окремі самостійно вставлені слова, і в той же час це ще і як би напіввідбита мова.

Адже відповідь на конкретно поставлене питання дозволяє дитині використовувати і певну конструкцію пропозиції, і майже всі слова, що втримуються в питанні, додавши лише 1-2 слова.

Складніше заїкуватій дитині давати розгорнуті відповіді на питання типу : що робить хлопчик (або хтось іншої), чому, для чого ? На такі питання дитина змушена відповідати розгорнутою фразою й не однієї. Але у нього вже немає можливості опертися на поставлене питання. Такі відповіді наближають дитину до самостійної мови.

Переказ ще більше ускладнює мову заїкуватого, тому що жадає від його відразу вимовити вже не 1-2 фрази, а значно більше. Тут можуть зустрітися не тільки прості , але й складні фрази. І потрібно їх послідовно й складно передати слухачеві. У переказі теж є деякі моменти, які полегшують мову заїкуватої дитини. Це матеріал, викладений кимсь : переказ казки, розповіді, побаченого діафільму та ін. Виходить, є вже якийсь зразок. Досить запам'ятати послідовність викладу, окремі конструктивні приклади - і от уже є допомога.

Розповідь - це вже повністю самостійний виклад матеріалу по якійсь темі : по картинці, по враженнях, що залишилися від екскурсії, прогулянки та ін.

І нарешті, спонтанна мова (мимовільна, самостійна) - сама складна для заїкуватих, тому що вона припускає природне й активне мовне спілкування з навколишніми : питання, прохання, , повідомлення, обмін думками, вираження бажань та ін.

Таким чином, вільна самостійна мова в заїкуватих дітей виховується на мовних заняттях у такій послідовності : сопряжено-відображена мова;

відповідно-питальна форма мови;

переказ або розповідь;

спонтанна мова.

Іншим фактором, що може впливати на стан мови заїкуватих, може бути різний ступінь її підготовленості.

Для заїкуватих має значення й те, як підготовлений мовний матеріал, яким він збирається оперувати.

Заїкуватим легше говорити тоді, коли текст виучений напам'ять. Тут немає необхідності підшукувати слова, необхідні конструкції пропозицій, послідовно викладати матеріал. Тим більше саме звучання напам'ять припускає звичайно кількаразове проказування вголос певного мовного матеріалу. Отже, тут є й деяка попереднє тренування мови.

Мова заїкуватих ллється вільніше й тоді, коли він заздалегідь від репетирує необхідний матеріал уголос або хоча б попередньо подумки продумає, що він хоче сказати й у якій послідовності буде це викладати.

Проява заїкуватості підсилюються, коли текст незнайомий і потрібно говорити експромтом, тобто без попередньої підготовки. З огляду на всі перераховані умови, мовні вправи будуються в наступної послідовності : заучений текст;

від репетируваний уголос;

подумки продуманий;

незнайомий текст, експромт.

Наступним фактором, здатним впливати на появу або зникнення мовних судорог у заїкуватого, є різна складність мовної структури.

Звичайно заїкуваті легко вимовляють окремі звуки, рідше - склади, ще рідше - слова. Труднощі в них, як правило, виникають на початку викладу (важко почати говорити), на початку значеннєвого відрізка розгорнутої фрази (після дихальної або значеннєвої паузи) або на початку простої фрази. Нерідко зупинки, «спотикання» з'являються на деяких певних («важких») звуках.

Отже, труднощі в мові заїкуватого зростають залежно від того, чи вимовляє він окремі звуки, слова або фрази. В останньому випадку найчастіше зустрічаються запинки. Причому в складній фразі їх більше, ніж в простій, а у зв'язкових за змістом фразах (переказ, розповідь) більше, ніж в окремо взятих.

Звідси й зростаюча складність мовних вправ. Спочатку звуки й склади, потім окремі слова, потім фрази від простих до складного й, нарешті, зв'язна мова.

Ступінь гучності мови заїкуватого також впливає на вільний її плин.

Як правило, діти що заїкаються завжди говорять вільно пошепки, у них ніколи не спостерігається судорог і при беззвучній мові, тобто тоді, коли вони тільки беззвучно артикулюють, «вимовляють» фразу без єдиного звуку.

Заїкуваті говорять вільніше тихо, ніж голосно. Але як парадокс спостерігається іноді й зворотна картина, коли голосна й навіть дуже голосна мова в заїкуватої дитини звучить зовсім без запинок. Це буває не часто й спостерігається звичайно в дітей боязких, тихих, соромливих.

Тому вільна й голосна мова в заїкуватих досягається звичайно шляхом послідовних мовних вправ, вимовних ними беззвучно, пошепки, тихо, голосно, звичайним голосом.

На мову заїкуватих благотворно діють плавність і ритмічність. Навіть із цього приводу існує думка, що для рятування від заїкуватості потрібно співати, або читати вірші, або говорити співучо, тобто сильно розтягувати голосні звуки.

Дійсно, при співі, ритмічної віршованої мови або при розмові «співучо» мовні судороги заїкуватих або зовсім відсутні, або значно зменшуються. Однак це зовсім не виходить, що, користуючись тільки цими формами мови, можна

позбутися від заїкуватості. До того ж, як показують спостереження, штучно розтягнута мова («співучо») не приживається в заїкуватих. Вони її соромляться не менше, ніж своїх запинок, і звичайно воліють користуватися заїкуватою, але звичною мовою, ніж новою, штучною мовою, що обертає на себе увагу.

У мовні заняття із заїкуватими дітьми вводять спів і ритмізована мова. Такий вид вправ використовують для вдосконалювання й розвитку голосу, подиху, артикуляції, а також для того, щоб ще раз звернути увагу дитини на наявну в нього можливість говорити вільно. Мова «співучо» не використовується, як правило, на заняттях, але від її залишилася опора на голосні звуки на початку фрази в тих випадках, коли дитина утрудняється почати її зі згодного звуку.

Певне полегшення випробовують заїкуваті, коли свою мову супроводжують якимись ритмічними рухами. Наприклад, відомі слова : Пили пилка, Пили живій, Ми будиночок будуємо Для звірів - діти вимовляють, взявшись за руки й імітуючи руху пильщиків.

Однак наше усне мовлення різнометричне, тобто ми в мові користуємося різними ритмами. Тому завдання логопеда полягає в тім, щоб послідовно перевести до його навички вільної мови з ритмізованої на різнометричну, тобто звичайну мову.

Таким чином, плавність і ритмічність мови в заїкуватих виховується в такій послідовності : спів;

спів з рухами;

ритмізована мова (вірші, потім проза) у супроводі рухів;

ритмізована мова (вірші, проза) без рухів;

опора на голосні звуки;

різнометрична мова.

Ми вже відзначали вище, що залежно від емоційного стану дитини його мова помітно міняється. У хвилини подавленого настрою або, навпаки, підвищеного порушення його мова значно погіршується в порівнянні з тією,

котра в нього буває у хвилини щиросердечного рівноваги й позитивних, але не сильних емоцій.

Завдання виховання правильної мови в заїкуваті тут полягає в тренуванні цієї правильної мови при різних емоційно гострих станах дитини. Логопед повинен навчити заїкуватого володіти собою, вільною мовою незалежно від настрою, від емоційного порушення або пригніченості.

На емоційний стан людини може серйозно впливати навколишнє оточення, люди й характер його діяльності. Вплив перерахованих факторів на емоційний стан заїкуватих відбивається на якості мови.

Дитина, наприклад, звичайно спокійніше й впевненіше відчуває себе в домашній обстановці, іноді у звичних умовах дитячого садка, в родичів. Тут і мова в нього краще. А от у незнайомій обстановці він бентежиться, відчуває себе непевно, насторожено, при цьому він особливо гостро відчуває свою неповноцінність і мову його стає значно гірше.

Точно так само й з оточуючими людьми. Близькі, делікатні, доброзичливі люди діють заспокоїливо, бадьорячи. Він їх не соромиться, відчуває себе з ними легко, упевнено, і мова значно краще, ніж з тими, кого він боїться, не знає, соромиться.

Тому на мовних заняттях важливо передбачити підбір не тільки самих мовних вправ, але й різних ситуацій, у яких повинні проводитися заняття.

Залежно від обстановки послідовність мовних вправ може бути виражена так: тренування правильної мови в добре знайомій, звичній обстановці; у малознайомій; у незнайомій, чужій.

Залежно від суспільного оточення : На самоті (тут звичайно діти говорять зовсім вільно) ; із близькими й друзями; з вихователями ; з малознайомими людьми; з незнайомими.

І нарешті, діяльність заїкуватої дитини також може впливати на якість його мови в залежності : а) від виду її (дидактичні й рухливі ігри, малювання, ліплення та ін.); б) від ступеня складності (елементарні дії, комплекс дій) і в) від відношення її до мови в часу (опис того, що є, було або буде).

Так, на заняттях по ручній діяльності із заїкуватими дошкільниками логопед Н.А. Чевелева виявила, що мова в них краще, коли вони безпосередньо супроводжують свої дії словами, тобто одночасно проговорюють, що кожний з них у цей момент робить.

Наприклад : « Я відрізаю смужку паперу»; «Я скачую кульку з пластиліну» і т.д. При цьому, безумовно, чим простіше дія, тим легше дитині її описати.

Значно сутужніше заїкуватій дитині розповісти про майбутні свої дії тим більше якщо вони складні. Тут потрібно попередньо уявляти собі подумки весь процес вираження своїх думок. Дитина в даному випадку не має змоги опертися на зоровий і тактильний аналізатори, як це він робить при описі. Все це утрудняє його мова, сприяє частішанню й посиленню запинок.

От чому при підборі мовних вправ залежно від діяльності дитини повинна передбачатися наступна послідовність їхнього ускладнення : види діяльності (від спокійних до рухливих й складність діяльності відношення діяльності до емоційного насичення мови в часі дидактичних ігри лото, від елементарних, простих теперішній час доміно рухів, дій до часу, що пройшов, заняття по ліпленню, складних комплексів майбутній час малюванню, аплікації рухів і дій. заняття (навчання лічбі, рідній мові, праця) рухливій грі |творчі й рольові ігри, інсценівки репетиції до ранків чи концертів участь в ранках, концертах

. Як видно з викладеного, факторів, від яких у відомій мірі залежить поява або зникнення мовних запинок у заїкуватих дітей, дуже багато. Які ж з них головні ? Що взяти за основу ? Ступінь самостійності ? Підготовленості ? Складність структури ? Гучності ? Плавності й ритмічності ? Обстановки й суспільного оточення ? Видів діяльності ? Всі перераховані фактори мають значення для перевиховання мови заїкуватих дітей. Недооцінка одного з них буде заважати успішності або міцності вироблених навичок правильної мови в дитини, може зненацька спровокувати заїкання після, здавалося б, успішного завершення мовних занять. Тому логопед повинен прикласти все своє вміння й

знання, щоб ніщо не перешкодило успішному проведенню занять і не викликало рецидиву.

Існування такого різноманіття факторів, що впливають на стан мови заїкуватої дитини, дозволяє логопедові комбінувати різні види мовних вправ так, щоб завжди вгадати можливість виникнення мовних судорог і уникнути їх. Також виникає можливість для тренування правильної мови й фіксування на ній уваги заїкуватої дитини. А в випадку зривів логопед повинен допомогти дитині опертися на знайомі й легкі для нього мовні стереотипи, для того щоб заїкуватий знову міг перебороти мовні труднощі.

Наочність і технічні засоби навчання.

На логопедичних заняттях із заїкуватими використовуються відповідно їхньому віку загальноприйняті в навчальному процесі посібники й технічні засоби навчання й специфічні, спрямовані безпосередньо на корекцію неправильної мови.

До першого ставляться: навчальні наочні приладдя, підручники, література, твори мистецтва, настільні ігри, маски, ляльковий і пальчиковий театр, діафільми, радіо- і телепередачі, магнітофонні записи, пластинки та ін.

До специфічних технічних засобів відносяться: коректофон Деражне, апарат “Луна” (АИР), апарат звукопідсилення, магнітофон.

Апарат Деражне (як і тріскачка Барані) побудований на ефекті звукозаглушення. Різної сили шум (у коректофоні він регулюється за допомогою спеціального гвинта) подається через гумові трубочки, що кінчаються оливами, прямо в слуховий прохід, заглушаючи власну мову. Для заїкуватих, у яких є фіксованість на дефекті, відключення слухового контролю полегшує проведення мовних вправ. Зменшуючи силу заглушення, що заїкуваті успішно вчать говорити й без коректофона.

Але далеко не у всіх випадках метод звукозаглушення може бути застосованим. Деякі заїкуваті погано переносять шум, що викликає в них головні болі, дратівливість. Постійний шум може заважати виконанню

складних мовних вправ. Відсутність слухового контролю знижує можливість активного мовного спілкування заїкуватого з навколишніми.

Апарат “Луна”, сконструйований Б. Адамчиком, складається із двох магнітофонів із приставкою. Записаний звук відтворюється через частку секунди, що створює ефект луни. Вітчизняними конструкторами створений портативний апарат “Луна” (АИР) для індивідуального користування.

Своєрідний апарат для роботи із заїкуватими був запропонований В. А.

Раздольским. Принцип його роботи побудований на звукопідсиленні мови заїкуватих через гучномовці або повітряні телефони до слухового апарата “Кристал”. Сприймаючи свою мову звукопосиленою, заїкуваті менше напружують мовну мускулатуру, частіше починають користуватися м'якою атакою звуків, що благотворно відбивається на їхній мові. Позитивним є й той факт, що при використанні звукопідсилення заїкуваті з перших же занять чують свою правильну мову, а це прискорює вироблення позитивних рефлексів і вільної, ненапруженої мови. Ряд дослідників використовують в практиці різні варіанти відставленої мови (“білого шуму”, звукозаглушення й ін.).

У процесі логопедичних занять із заїкуватими в психотерапевтичних цілях можна використовувати звукозаписну апаратуру.

При магнітофонному занятті з наступною бесідою логопеда в заїкуватого підвищується настрій, з'являється бажання домагатися успіхів у мовних заняттях, виробляється впевненість у позитивному результаті занять, росте довіра до логопеда. На перших магнітофонних заняттях матеріал для виступу заїкуватого відбирається й ретельно репетирується.

Виробленню навичок правильної мови сприяє навчальні магнітофонні заняття. Ціль цих занять полягає в тім, щоб звернути увагу заїкуватих на темп і плавність його мови, звучність, виразність, граматичну правильність фрази. Після попередніх бесід про якість правильної мови, прослуховування відповідних зразків мови, після кількохразових репетицій заїкуватий виступає перед мікрофоном зі своїм текстом залежно від етапу занять. Завдання - стежити й управляти своїм поведінням, темпом, плавністю, звучністю мови,

не допускати граматичних помилок у ній. Керівник фіксує в свій зошит стан мови й поводження заїкуваті в момент виступу перед мікрофоном. Закінчивши виступ, заїкуватий сам оцінює свою мову (говорив тихо - голосно, швидко - повільно, виразно - монотонно

. Потім, прослухавши мову, записану на магнітофонній плівці, заїкуватий знову оцінює її. Після цього логопед аналізує мову заїкуватого, його вміння дати правильну оцінку своєї мови, виділяє позитивне в його виступі, у поводженні на занятті й підводить загальний підсумок.

Варіантом навчальних магнітофонних занять є наслідування виступам артистів, майстрів художнього слова. У цьому випадку прослуховується художній виступ, вивчається текст, спрацьовується відтворення, записується на магнітофонну плівку, а потім рівняється з оригіналом, констатуються подібності й розходження.

Корисні порівняльні магнітофонні заняття, на яких заїкуватому надається можливість зіставити свою справжню мову з тієї, що була у нього раніше. На початку курсу мовних занять при включеному мікрофоні йому задаються питання на побутові теми, пропонуються сюжетні картинки для опису їхнього змісту й складання розповіді та ін. Магнітофонна плівка фіксує випадки судорог у мові: їхнє місце у фразі, частоту, тривалість.

Надалі цей перший запис мови заїкуватого служить мірилом успішності проведених мовних занять: з нею рівняється стан мови в наступному.

По закінченні логопедичного курсу логопед буде заключну бесіду на матеріалі останнього порівняльного магнітофонного заняття.

Використовуючи його логопед радить заїкуватому систематично спостерігати за своєю мовою, щодня закріплювати придбані на заняттях уміння й навички.

Магнітофонні заняття рекомендуються проводити в тих випадках, коли в заїкуватого є фіксованість на своєму дефекті й усвідомлення своєї неправильної мови.

У цей час існує ряд логопедичних методик по усуненню заїкуватості. Їх можна розглядати залежно від віку заїкуватих: робота з дошкільниками, школярами, підлітками й дорослими.

Методики логопедичних занять із заїкуватими дошкільниками.

. Автори першої вітчизняної методики логопедичної роботи з заїкуватими дітьми шкільного й дошкільного віку Н. А. Власова й Е. Ф. Рау будують наростання ускладнень мовних вправ залежно від різного ступеня мовної самостійності дітей.

Н. А. Власова розрізняє 7 видів мови, які в порядку поступовості необхідно застосовувати на заняттях з дітьми-дошкільниками: 1) сполучена мова, відбита мова, відповіді на питання по знайомій картинці, самостійний опис знайомих картинок, переказ прослуханої невеликої розповіді, спонтанна мова (розповідь по незнайомих картинках), нормальна мова (бесіда, прохання й т.д.).

Е. Ф. Рау бачить завдання логопедичної роботи в тім, “щоб шляхом систематичних планових занять звільнити мову заїкуватих дітей від напруги, зробити її вільною, ритмічною, пивною і виразною, а також усунути неправильність вимови й виховати чітку, правильну артикуляцію”. Всі заняття по перевихованню мови заїкуватих дітей розподілені по ступені наростаючої складності на 3 етапи.

На першому етапі пропонуються вправи в спільній і відбитій мові, у вимові заучених фраз, віршів. Широко використовується декламація.

На другому етапі діти вправляються в усному описі картинок по питанням, у складанні самостійної розповіді по серії картинок або на дану тему, у переказі змісту розповіді або казки, що прочитав логопед.

На третьому, завершальному етапі дітям надається можливість закріпити придбані навички плавної мови в повсякденній розмові з навколишніми дітьми й дорослими, під час гри, занять, бесід і в інші моменти дитячого життя.

В основу методик Н. А. Власовой і Е. Ф. Рау покладений різний ступінь мовної самостійності дітей. Безумовна заслуга цих авторів полягає в тому, що вони вперше запропонували й використовували поетапну послідовність мовних вправ у роботі з маленькими дітьми, розробили вказівки до окремим етапів системи корекції мови заїкуватих дошкільників. На протязі багатьох років запропонована методика є однією із самих популярних у практичній роботі із заїкуватими дітьми. У цей час логопедами використовується багато її елементів.

Своєрідна система корекційної роботи із заїкуватими дошкільниками в процесі ручної діяльності була запропонована Н. А. Чевелевой.

Автор виходить із психологічної концепції про те, що розвиток зв'язної мови дитини здійснюється шляхом переходу від мови ситуативної (безпосередньо пов'язаної із практичною діяльністю, з наочною ситуацією) до контекстного (узагальненої, пов'язаної з подіями минулими, з відсутніми предметами, з майбутніми діями), а потім протягом дошкільного періоду контекстна й ситуативна форми мови співіснують (С.Л. Рубинштейн, А. М. Леушина).

Тому послідовність мовних вправ із заїкуватими дітьми вбачається в поступовому переході від наочних, полегшених форм мови до відвернених, контекстних висловлень і містить у собі наступні форми: супровідну, завершальну, що випереджає.

Система послідовного ускладнення мови передбачає також поступове ускладнення об'єктів діяльності через збільшення числа окремих елементів роботи, на які розпадається весь трудовий процес при виготовленні виробів.

Ця система подолання заїкуватості в дітей містить у собі 5 періодів: Пропедевтичний. Основна мета - прищепити дітям навички організованого

поводження, навчити чути небагатослівну, але логічно чітку мову логопеда, її нормальний ритм, тимчасово обмежити мову самих дітей.

Супровідна мова. У цьому періоді допускається власна мова дітей із приводу одночасно чинених ними дій. Найбільшу ситуативність мови забезпечує постійна зорова опора. При цьому вона ускладнюється у зв'язку зі зміною характеру питань логопеда й відповідним підбором виробів.

Кінцева мова - діти описує уже виконану роботу або частину її. Шляхом регулювання (поступового збільшення) інтервалів між діяльністю дитини і його відповіддю із приводу зробленого досягається різна складність завершальної мови. При поступовому зменшенні зорової опори на виконану роботу здійснюється послідовний перехід до контекстного мовлення.

мова, Що Випереджає, - діти розповідають про те, що вони мають намір робити.

У них розвивається вміння користуватися мовою поза наочною опорою, планувати свою роботу, заздалегідь називати й пояснювати та дія, що їм ще має бути зробити. Ускладнюється фразова мова: діти вимовляють трохи зв'язані за змістом фрази, користуються фразами складної конструкції, самостійно будують розповідь. У цьому періоді їх учать логічно мислити, послідовно й граматично правильно викладати свою думку, уживати слова в їхньому точному значенні.

Закріплення навичок самостійної мови передбачає розповіді дітей про весь процес виготовлення того або іншого виробу, їхні питання й відповіді про свою діяльність, висловлення за власним бажанням і т.д.

У методиці Н. А. Чевелевой реалізований принцип послідовного ускладнення мовних вправ у процесі ручної діяльності на основі одного з розділів “Програми виховання й навчання дітей у дитячому садку”.

С. А. Миронова запропонувала систему подолання заїкуватості в дошкільників у процесі проходження програми середньої, старшої й підготовчої груп дитячого садка по розділах: “Ознайомлення з навколишньою

природою”, “Розвиток мови”, “Розвиток елементарних математичних подань”, “Малювання, ліплення, аплікація, конструювання”.

Автор ставить перед логопедом програмні й корекційні завдання, які вирішуються протягом чотирьох етапів (кварталів) послідовно що ускладнюється корекційною роботою.

При проходженні програми масового дитячого садка із заїкуватими дітьми пропонуються деякі її зміни, пов'язані з мовними можливостями дітей: використання на початку навчального року матеріалу попередньої вікової групи, перестановку деяких тем занять, подовження строків вивчення більше важких тем і ін.

Корекційні завдання першого кварталу складаються в навчанні навичкам користування найпростішою ситуативною мовою на всіх заняттях. Значне місце займає словникова робота: розширення словника, уточнення значень слів, активізація пасивного словникового запасу. Передбачається особлива вимогливість до мови самого логопеда: питання конкретні, мова складається з коротких точних фраз у різних варіантах, розповідь супроводжується показом, темп неквапливий.

Корекційні завдання другого кварталу полягають у закріпленні навичок користування ситуативною мовою, у поступовому переході до елементарної контекстної мови й у навчанні розповіданню з питань логопеда й без питань. Велике місце займає робота над фразою: проста, розповсюджена фраза, конструювання фраз, їхнє граматичне оформлення, побудова складнопідрядних пропозицій, перехід до складання розповіді.

Змінюється послідовність вивчення програмного матеріалу. Якщо в першому кварталі на всіх заняттях діти знайомляться з тими самими предметами, то в другому - ті предмети не повторюються, хоча й вибираються об'єкти, близькі по ознаці спільності теми й призначенню.

Корекційні завдання третього кварталу складаються в закріпленні навичок користування засвоєними раніше формами мови й в оволодінні самостійною контекстною мовою. Значне місце приділяється роботі над

складанням розповідей: по наочній опорі, з питань логопеда, самостійної розповіді. Збільшується практика дітей у контекстній мові. У третьому кварталі зникає необхідність уповільненого вивчення програми, характерного для перших етапів навчання, і заняття наближаються до рівня масового дитячого садка.

Корекційні завдання четвертого кварталу спрямовані на закріплення навичок користування самостійною мовою різної складності. Велике місце займає робота над творчими розповідями. Поряд із цим триває нагромадження словника, удосконалювання фрази, початі на попередніх етапах навчання. У мові діти опираються на питання логопеда, на власні подання, висловлюють судження, роблять висновки. Наочний матеріал майже не застосовується. Питання логопеда ставляться до процесу майбутньої роботи, задуманої самими дітьми. Корекційне навчання спрямовано на дотримання логічної послідовності переданого сюжету, на вміння давати додаткові роз'яснення, уточнення.

Методики Н. А. Чевелевой і С. А. Мироновій будуються на навчанні заїкуватих дітей поступовому оволодінню навичками вільної мови: від найпростішої ситуативної її форми до контекстної (ідея належить проф. Р. Е. Левиной)

Тільки Н. А. Чевелева це робить у процесі розвитку ручної діяльності дітей, а С. А. Миронова - при проходженні різних розділів програми дитячого садка. Сам принцип необхідного сполучення завдань корекційної і виховної роботи із заїкуватими дітьми варто вважати правильним і необхідним у логопедичній практиці.

Методика В. И. Селіверстова переважно розрахована для роботи з дітьми в медичних установах (в амбулаторних і стаціонарних умовах) і припускає модифікацію й одночасне використання різних (відомих і нових) прийомів логопедичної роботи з ними. Автор вважає, що робота логопеда завжди повинна бути творчою й тому в кожному конкретному випадку необхідний різний підхід до дітей у пошуку найбільш ефективних прийомів подолання заїкуватості.

У запропонованій автором схемі ускладнюються послідовно логопедичні заняття із дітьми виділяються 3 періоди (підготовчий, тренувальний, закріпний), у процесі яких мовні вправи ускладнюються в залежності, з одного боку, від ступеня самостійності мови, її підготовленості, гучності й ритмічності, структури, а з іншої -і від різної складності мовних ситуацій: від обстановки й соціального оточення, від видів діяльності дитини, у процесі яких відбувається його мовне спілкування.

Залежно від рівня (порога) вільної мови й особливостей прояву заїкуватості в кожному конкретному випадку завдання й форми мовних вправ різняться для кожної дитини в умовах логопедичної роботи з групою дітей.

Обов'язковою умовою логопедичних занять є їхній зв'язок з всіма розділами "Програми виховання й навчання дітей у дитячому садку і насамперед із грою як основним видом діяльності дитини-дошкільника.

Значення диференційованих психолого-педагогічних методів виховання й навчання розкриті в методиці Г. А. Волковой.

Система комплексної роботи із заїкуватими дітьми 2 - 7 років складається з наступних розділів: методика ігрової діяльності (система ігор), логоритмічні заняття, виховні заняття, вплив на магнітне середовище дітей.

Система ігор, тридцятилітній властиво зміст логопедичних занять, включає наступні види ігор: дидактичні, гри зі співом, рухливі, із правилами, гри-драматизації на основі віршованого й прозаїчного тексту, гри в настільний теніс, пальчиковий театр, творчі ігри за пропозицією логопеда й за задумом дітей. На заняттях з дітьми в першу чергу реалізується принцип ігрової діяльності.

Умовно виділяються наступні етапи: обстеження, обмеження мови дітей, питання - відповідної мови, самостійного спілкування дітей у різноманітних ситуаціях (різних творчих іграх, на заняттях, у родині, громадських місцях). Кожне заняття будується з урахуванням програмного матеріалу дитячого садка (з зміною послідовності проходження тим) і спрямовано на здійснення

корекційних, що розвивають і виховних цілей. Заняття будується в єдиному сюжеті таким чином, щоб всієї його частини відбивали програмний зміст.

Спрямованість розглянутої методики відносно заїкуватих дітей від 2 до 4 років і дітей від 4 до 7 років різна. У першому випадку коштують завдання не стільки корекційного, скільки розвиваючі навчання й виховання дітей. У цьому віці логопедична робота має профілактичний характер. У роботі із заїкуватими дітьми від 4 до 7 років провідне значення здобуває корекційна спрямованість логопедичного впливу, оскільки сформовані в процесі індивідуального розвитку особистісні особливості впливають на характер мовної діяльності заїкуватого й визначають структуру дефекту. Методика ігрової діяльності спрямована на виховання особистості й на ній основано усунення дефекту.

У практиці логопедичної роботи із заїкуватими дітьми (методика И.

М. Выгодской, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенської) ігри й ігрові прийоми використовуються для проведення розслаблюючих вправ відповідно до етапів логопедичного впливу: режиму відносного мовчання; виховання правильного мовного подиху; спілкування короткими фразами; активізації розгорнутої фрази (окремих фраз, розповіді, переказу); інсценівок; вільного мовного спілкування.

Таким чином, удосконалювання логопедичної роботи з усунення заїкуватості в дітей дошкільного віку обумовило до 80-х років ХХ в розробку різних методик. Мовний матеріал логопедичних занять засвоюється дошкільниками в умовах поетапного виховання мови: від сполученої вимови до самостійних висловлень при називанні й описі знайомих картинок, переказі прослуханої невеликої розповіді, розповіданні віршів, відповідях на питання по знайомій картинці, самостійному розповіданні про епізоди з життя дитини, про свято.; в умовах поетапного виховання мови від режиму мовчання до творчих висловлень за допомогою ігрової діяльності, диференційовано використовуваної в роботі з дітьми від 2 до 7 років; в умовах виховання самостійної мови (ситуативної й контекстної) за допомогою ручної діяльності.

Логопед має право й зобов'язаний творчо будувати логопедичні заняття, застосовуючи відомі методики відповідно до контингенту заїкуватих дітей, їх індивідуально психологічними особливостями.

Зазначені методики логопедичного впливу на заїкуватих дошкільників розроблені відповідно до “Програми виховання й навчання дітей в дитячому садку, що є обов'язковим документом як для масових дитячих садків, так і для спеціальних мовних дитячих садків і мовних груп при масових дитячих садках. Методики спрямовані на організацію логопедичної роботи в рамках “Програми виховання дітей у дитячому садку”, оскільки в кінцевому підсумку заїкуваті діти, засвоївши навички правильної мови й знання, певну програму, далі навчаються й виховуються в умовах нормальної мови однолітків. Логопедичний вплив, спрямований на властиво мовний розлад і пов'язані з ним відхилення в поведженні, формуванні психічних функцій і допомагає заїкуватій дитині соціально адаптуватися в середовищі правильномовців однолітків і дорослих.

Вправи для Ігри та вправи на подолання заїкання зняття м'язової напруги
При заїканні часто напружені м'язи обличчя, губ, язика, пальців рук. Дуже важливо навчити дитину м'язовому розслабленню під час мовлення. От деякі вправи, що допоможуть дитині розслабитися.

«Пташка махає крильцями». Підняти руки нагору, і виконувати махи руками.

«Допоможемо мамі» Помахати розслабленими кистями рук біля підлоги, імітуючи полоскання білизни.

Стати рівно, розвести руки в сторони до рівня плечей і «упустити» розслаблені руки у вихідне положення.

«Стряхнемо водичку з рук». Струснути розслабленими кистями рук, начебто струшуючи краплі води.

Нахилити голову вперед, назад, праворуч, ліворуч, а потім виконати декілька кругових обертів головою спочатку в одну сторону, потім в іншу.

Повільно покачати розслабленими руками з боків тулуба назад. «Кулачки-силачі». Пальці рук під рахунок до 5 із силою зжати в кулачки, на рахунок 5 розтиснути, струснувши кисті рук, при цьому зосередити увагу дитини на тім, як пальчикам приємно відпочивати.

МАСАЖ УРЯТУЄ ВІД ЗАЇКУВАТОСТІ Заїкання - проблема, що доставляє чимало мучень дорослим, але особливо дітям. І, звичайно, їхнім батькам. В останні роки при лікуванні заїкуватості в будь-якому віці успішно використовуються методи альтернативної медицини.

Особливо гарні результати дає крапковий масаж цей метод допомагає зняти підвищену збудливість мовних центрів, відновлює нервову регуляцію мови.

Навички крапкового масажу можуть освоїти практично всі батьки, чії діти заїкаються. І не тільки освоїти, але й застосовувати в домашніх умовах.

Крапковий масаж при заїкуватості не має вікових границь: чим раніше ви почнете робити його дитині, тим вище ефект. Доросла людина, що страждає заїкуватістю, теж може впоратися з будь-якою недугою, застосовуючи крапковий самомасаж.

Настройтеся на тривале лікування, розраховане на кілька курсів. Їх проводять у такій послідовності між першим і другим курсами - інтервал у дні тижня, між другим і третім - від трьох до шести місяців. Надалі курси повторюють протягом двох-трьох років через кожні півроку. Курс включає 15 процедур, причому перші 3 - 4 процедури проводять щодня, а наступні - через день.

Залежно від ступеня порушення мови й від форми заїкуватості ефект крапкового масажу може виявитися різним.

Буває, що вже після першого курсу настає поліпшення. Але, це не означає, що лікування треба припинити. Повторення процедур необхідно для закріплення досягнутого результату. Якщо ж після другого, третього курсу крапкового масажу ви не помітили поліпшення, не засмучуйтесь, наберіться терпіння. Необхідно мати на увазі, що в перерві між курсами можливо навіть

погіршення - посилення заїкуватості. У цьому випадку повторний курс лікування треба починати, не чекаючи витікання шести місяців. При лікуванні заїкуватості використовується так званий заспокійливий метод впливу. Ви надавлюєте на крапку акупунктури подушечкою великого, середнього або вказівного пальця плавно й повільно, обертовим рухом за годинниковою стрілкою, приблизно протягом півхвилини, збільшуючи силу тиску. Але робіть це так, щоб не залишалося помітної ямки на тітці. Потім злегка послабте тиск, не забираючи палець, потім знову надавлюйте сильніше, і так 3-4 рази протягом 3-5 хвилин. Натиснення не повинне бути різким.

У перший раз для того, щоб правильно знайти потрібну крапку, намацайте її спочатку пучкою й натисніть в дитини повинне виникнути відчуття специфічного болю або ломоти. Таке відчуття називають передбаченим це сигнал про те, що акупунктура знайдена. У процесі масажу ні почуття болю, ні почуття ломоти в дитини виникати не повинне.

Якщо при впливі на ту або іншу крапку маля скаржиться на біль, треба масажувати крапку обережно, ніжно, якщо ж виникне запаморочення, то масаж варто припинити.

Дитина під час крапкового масажу обов'язково повинна бути спокійною, розслабленою. Не треба давати дитині міцний чай або кава - це збуджує й знижує ефект лікування.

Починайте курс і кожну процедуру, з масажу крапок 1 і 2 впливаючи на них, ви підвищуєте захисні сили організму. Крапка 1 перебуває на тильній стороні кисті, а крапка 2 - на гомілці, на відстані двох сантиметрів від переднього краю великої гомілкової кістки (див. малюнок). Крапку 1 масажуйте по черзі на лівій і правій руці, а крапку 2 - одночасно на обох ногах. Дитина при цьому сидить, злегка витягнувши ноги.

У перші два дні впливайте тільки на ці дві крапки. Потім, проводячи третю й четверту процедури, масажуйте одночасно ліворуч і праворуч ще й симетричні крапки 3 і 4 шийно-коміркові області.

Проводячи п'яту й шосту процедури, масажуйте крапки 5 і 6 також по обидва боки.

Сьома процедура: починайте масажувати крапки на особі й голові - по двох у день. На крапки 7, а потім і 8 впливайте одночасно.

Крапка 9 розташована на відстані одного сантиметра від кута рота; під час масажу цих крапок дитина повинна злегка відкрити рот. Послідовно починайте масажувати й інші крапки.

Якщо в дитини порушена не тільки артикуляція, але й ритм подиху, можна впливати, на крапки 14, 15, а під час наступного сеансу додати крапки 16 і 17. Симетричні крапки масажуйте одночасно.

При впливі на крапки 4, 5, 7, 8, 13, 16, 17 дитина повинна сидіти, під час масажу; крапки 6 - лежати на животі, а крапок 9, 10, 11, 12, 14, 15 - сидіти або лежати на спині.

По рекомендаціях академіка Тодора Дічева.

Застосуванню психотерапії в лікуванні заїкуватості традиційно завжди надавалося велике значення. Для цього можуть бути використані різні форми психотерапевтичного впливу: раціональна й сугестивна психотерапія (гіпнотерапія, вселяння в стані пильнування, самонавіяння, аутогенна тренування) і групова психотерапія. Страх, сильне хвилювання, непевність у своїх силах, поза залежністю від того, чи виникають вони задовго до початку чи висловлення ні, завжди дезорганізують мову, мислення заїкуватого, змінюють його поведження, доставляють важкі щиросердечні переживання. Саме тому в основі психотерапії повинні лежати медико-психологічні заходи, спрямовані на перебудову порушених відносин особистості й, що впливають на емоційну сферу хворого. У процесі психотерапії хворих із заїкуватістю важливе місце приділяється погашенню негативних емоцій і вихованню позитивних емоцій, що володіють більшими компенсаторними властивостями, що стимулюють нервову систему до подолання труднощів у складному процесі оволодіння навичками правильної, плавної, зливої мови й правильного поведження. Після докладного попереднього ознайомлення з особливостями особистості хворого й

психотравмуючими обставинами варто встановити, які види психотерапії й у якій послідовності необхідно застосувати в кожному конкретному випадку. Звичайно сполучаються раціональна психотерапія й різні сугестивні методи. Найбільш ефективними в системі психотерапевтичних заходів при лікуванні заїкуватості є методи групової психотерапії. Основним завданням особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії Карвасарського, Ісуріной, Ташликова є перебудова порушених відносин особистості з навколишнім середовищем. У ході психотерапевтичних бесід з'ясовуються причини виникнення й розвитку синдрому страху й інших невротичних проявів у хворих із заїкуватістю. Цими причинами можуть бути неправильне виховання в дитинстві, психотравмуючі ситуації в родині, під час навчання й роботи. Психотерапевтичні бесіди проводяться протягом усього курсу лікування заїкуватості. У процесі психотерапії варто домагатися ясного розуміння хворим всіх обставин, що послужили джерелом мовних порушень, і особливо тих психологічних факторів, які багато в чому сприяють посиленню мовного дефекту. Крім особистісно-орієнтованої психотерапії широко застосовуються сугестивні методи впливу в стані пильнування, які сприяють усуненню окремих симптомів захворювання й поліпшують загальний стан хворого. При цьому варто враховувати роль емоційного фактора. Сильна емоційна напруга використовується при лікуванні як заїкуватості, так і важких хворобливих проявів, що зафіксувалися, такі, наприклад, як мутизм. Для усунення заїкуватості широко використовуються одномоментні способи сугестивного впливу. "Зняття заїкуватості" проводиться одномоментно, а досягнуті результати закріплюються в ході наступних логопедичних і психотерапевтичних занять. При лікуванні заїкуватості застосовується гіпнотерапія, у тому числі для досягнення катарсису. Вселяння в гіпнозі, підкріплене логопедичними заняттями й психотерапевтичними бесідами, сприяє усуненню страху мови, що є одним з патогенетичних факторів заїкуватості. Гіпнотерапія в частині випадків є гарною підготовкою до проведення сеансу вселяння в стані пильнування. Сеанси гіпнотерапії

проводяться звичайно із групою хворих (8-10 чоловік) у спеціально обладнаному приміщенні. Під час вселяння в гіпнозі крім формул загально заспокійливого характеру особлива увага приділяється нормалізації емоційно-вольової сфери й функціонування артикуляційно-голосового й дихального апарата. Методика самонавіяння при заїкуватості принципово відповідає запропонованій Кує (Coue, 1929) і В. М. Бехтеревим (1911), але так само, як і аутогенне тренування, модифікується з метою лікування логоневрозу. Сеанс самонавіяння проводиться в такий спосіб: заїкуватий улаштовується в зручному положенні із закритими очима й повторює в стверджувальній формі: "Я говорю добре, вільно, плавно й разом, не розриваючи слова й фрази, точно так, як я вимовляю ряд звуків "АОУТ"; я плавно й разом вимовляю всю фразу, точно так, як я вимовляю ряд цифр: "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10". Страху мови більше немає. Я по всіх усядах почуваю себе впевнено й спокійно" і т.п. При проведенні самонавіяння варто домагатися, щоб сеанс не зводився до пасивного проказування формул, а відбивав би активне прагнення хворого представити себе добрим мовцем. Пацієнт повинен навчитися викликати в себе подання про те, як він розмовляє без заїкуватості будинку, у навчальному закладі, на роботі й в інших ситуаціях. Самонавіяння рекомендується проводити 2-3 рази в день. Останній сеанс здійснюється перед сном, коли є більш сприятливі умови для його проведення й реалізації. При лікуванні заїкуватості широко використовується аутогенне тренування. Про позитивний ефект її повідомляють багато авторів. Застосовуючи аутогенне тренування, хворі із заїкуватістю прагнуть домогтися розслаблення м'язів артикулярно-голосового апарата, зняти почуття загальної скутості, напруга в області діафрагми й судорожні напади в кінцівках. Аутогенне тренування активує самостійну роботу минаючий курс лікування, тому що увага заїкуватих концентрується не тільки на певних, поставлених перед ними завданнях (розслаблення окремих м'язових груп, ліквідація судорог, що супроводжують рухів), але й на практичних способах їхнього дозволу, що має велике психотерапевтичне значення. Крім того, аутогенне тренування важливе як один із прийомів, яким

заїкуваті опановують у стінах медичної установи, а потім використовують у самостійній роботі для профілактики рецидивів. Сеанси аутогенного тренування рекомендуються на самих ранніх етапах лікування, тому що цей метод вимагає тривалого часу для одержання необхідного ефекту. Нижче приводяться основні вправи, які можуть використовуватися при проведенні аутогенного тренування для усунення заїкуватості в дорослих 1-ша вправа, підготовче, загальне розслаблення. Хворий сидить на стільці, голова опущений на груди, очі закриті, передпліччя рук на стегнах. Хворий проговорює про себе, спочатку слідом за провідний сеанс, а потім самостійно формулу "Я зовсім спокійний". 2-га вправа - відчуття ваги в одній руці. "Моя права рука обважніла (у лівшій - ліва). Моя ліва рука обважніла". 3-я вправа - відчуття ваги в обох руках. "Обидві руки обважніли". 4-та вправа - перехід до відчуття теплоти. "Права рука тепла (у лівшій - ліва). Ліва рука тепла". 5-та вправа - відчуття теплоти в обох руках. "Обидві руки теплі". 6, 7, 8, 9-та вправи аналогічні попередньої - відчуття ваги й теплоти в ногах. 10-та вправа - "Серце б'ється спокійно, рівномірно". 11-та вправа - "Я дихаю зовсім спокійно". 12-та вправа - "М'яза груди, живота, діафрагми розслаблені". 13-та вправа - "М'яза особи розслаблені". 14-та вправа - "Нижня щелепа вільно опускається долілиць". 15-та вправа - "Мова стає зовсім вільним, м'яким". 16-та вправа - "Я говорю легко, вільно, без усякої напруги". (Можна ще більше конкретизувати мовну ситуацію.) Сеанси проводяться 3 рази в день. Тривалість сеансу на початку занять аутогенним тренуванням - 10-12 хвилин. Сеанс кінчається підкиданням рук зі стислими кулаками, глибоким вдихом і відкриванням ока. Третій, останній сеанс хворої може проводити в постелі ввечері, без відкривання очей, що дозволяє після сеансу аутогенного тренування спокійно заснути. На освоєння першої й другої вправи затрачається приблизно 1-2 тижня, після чого можна переходити до наступної вправи. У цей період час тренування доводить до 10-15 хвилин. Поступово тривалість сеансу збільшується до 20-40 хвилин. Така приблизно схема проведення сеансів аутогенного тренування. Дорослі хворі, що страждають заїкуватістю, по ступені дезорганізації системи відносин

особистості наближаються до невротиків. Уже цей фактор визначає адекватність особистісно-орієнтованої групової психотерапії в роботі з даним контингентом і показання до її застосування. Специфічні риси психотерапевтичної групи заїкуватих, потребуючих модифікованих форм роботи, полягають у наступному.

1. Тривалість захворювання й пов'язані з нею особливості особистісної реакції на дефект мови (історія заїкуватості - це історія життя).
2. Відсутність у хворих усвідомлення й розуміння зв'язків між системою відносин особистості й захворюванням, тобто сприйняття заїкуватості як чистого дефекту мови.
3. Зовнішня подібність пропонованих хворими скарг. На цій основі в психотерапевтичній групі створюється стійка псевдосплоченість, що дозволяє учасникам уникнути конфронтації зі своїми особистісними проблемами й конфліктами. Псевдосплоченість підтримується відносною половою й віковою гомогенністю груп заїкуватих.
4. Наявність у більшості хворих фіксацій на дефекті мови, переоцінки його ваги, ролі дефекту в комунікативних невдачах і своїй інтерперсональній проблематиці. Потреба в спілкуванні замінюється потребою в монологічній мові, і вся ситуація спілкування (у тому числі в психотерапевтичній групі) будується виходячи з того, як говориться, тобто із суб'єктивно значимої ознаки.
5. Низька комунікативна компетентність заїкуватих, визначальна їхня спонтанна взаємодія в групі. Хворі із заїкуватістю не усвідомлюють ролі невербального поводження в комунікативному акті, у них немає установки на партнера, їм незнайоме відчуття "комунікативного задоволення", і в цілому вони розуміють спілкування як монологічне говоріння, поза формами діалогу. Міміка й пантоміміка заїкуватих відбивається, як правило, реакцією не на партнера по спілкуванню, а на власні відчуття, пов'язані з мовними труднощами, тобто носять аутокомунікативний характер.
6. Стереотип очікувань, що сформувалися, відносно майбутнього лікування, що розуміється майже винятково в аспекті логопедичної корекції. Даний стереотип підтримується колишнім досвідом лікування, у тому числі в групі. У пацієнтів є чітке подання про функцію групи в лікуванні й про роль провідного (лікаря, психолога). Група розуміється як

пасивна аудиторія, необхідна для відпрацьовування навичок публічної мови, а ведучий - як абсолютний лідер, взаємодія з яким носить чисто дидактичний характер. Відносини з іншими пацієнтами сприймаються як малозначимі й перебувають на периферії уваги. Специфічні риси контингенту хворих із заїкуватістю роблять неефективним і в ряді випадків неможливим використання прийнятих форм групової психотерапії. Звичайні початкові кроки при роботі із хворими невротиками - порівняння скарг і проблем окремих пацієнтів, надання їм повної самостійності в спілкуванні, створення напруги за рахунок спеціально організованої невизначеності - неадекватні для груп заїкуватих. У дискусії відбувається підміна змістовної сторони будь-якого питання спектром переживань мовної неспроможності й "спільного" неуспіху обговорення. Будь-які ускладнення в груповій дискусії, які могли б бути пов'язані з конфліктністю, напруженістю або значимістю обговорюваного, автоматично ставляться на рахунок техніки мовного спілкування. Таким чином, використання в лікувальних цілях усього обсягу взаємодії й взаємин учасників групи неможливо без додаткової роботи, спрямованої на комунікативну сферу й корекцію навичок спілкування. При особистісно-орієнтованій груповій психотерапії додатковим специфічним аспектом у лікуванні хворих заїкуватістю стає реконструкція механізмів спілкування й формування навичок оволодіння хворими формою й сутністю правильного комунікативного поведіння. Психотерапевтична група створює найкращі можливості для моделювання справжньої атмосфери усної комунікації, введення елементів мовної і мовної гри, тренування різних тринадцятилітніх комунікативного акту, досягнення успішності в спілкуванні й ефекту "комунікативного задоволення". Психотерапевтична група являє собою одночасно середовище розгортання різних комунікативних проявів і засобів впливу на них. Специфічними завданнями групової психотерапії при заїкуватості є: 1) актуалізація максимуму розходжень у комунікативному поведінні пацієнтів, їхня індивідуалізація в очах групи; 2) створення структури діалогічного спілкування в групі, залучення уваги до різних характеристик взаємодії з партнером і поступове формування

нового розуміння цілей і цінностей спілкування; 3) подолання тенденції виборчого й неадекватного сприйняття й побудови конкретних комунікативних ситуацій на основі фіксації на дефекті мови, зокрема зміна подань про роль невербальних тридцятилітніх в спілкуванні; 4) зміна стереотипу сприйняття групи пацієнтів як аудиторії й ведучого як формального й абсолютного лідера.). Найбільш ефективно застосування описаних вище методів психотерапії в комплексній медико-психологічній системі лікування.

Лікування системних психоневрологічних порушень мови. за Буяновим
Всі пацієнти із заїкуватістю, дислалією і тахілалією повинні роками виконувати наступні правила мови (спочатку вони підносять пацієнтові у вигляді гетеросугестії в бадьорому стані, потім хворий пам'ятаючи, що майстерність народжується безупинними тренуваннями й самоконтролем), хоча виконувати їх не так просто - особливо для дитини.

Основні правила мови.

Під час мови дивися на співрозмовника.

Стеж, щоб у цей час не було щиросердечної перенапруги й сильної напруги м'язів особи.

Перш ніж почати говорити, подумай, що ти хочеш сказати, зроби вдих і починай говорити плавно на видиху.

Повітря витрачай в основному на голосні звуки.

Виділяй ударний голосний звук.

Чітко артикулюй всі голосні звуки.

Чітко витримуй паузи між пропозиціями. Довгі пропозиції діли на значеннєві відрізки, між ними роби паузи (начебто подумки вимовляєш слово "пауза") - і лише потім новий вдих.

Всі слова в короткій пропозиції говори як одне довге слово.

Говори виразно, чітко, голосно.

Ці правила мови (як і нижченаведене) стосуються пацієнтів з будь-якими формами заїкуватості, але в першу чергу осіб з неврозоподібним лого-синдромом.

Памятай, що потрібно завжди перед мовою спочатку повітря зробити запас і, розширивши клітку грудну, низ живота підтягти, щоб для звуку була опора, звук же вперед направляй, щоб він резонував у масці.

Плечі під час подиху повинні бути в спокої, нерухомі.

От як спочатку слід проводити вправи.

Незалежно від форми патології мови, а також системних психоневрологічних порушень рухової сфери, всі такі пацієнти повинні якнайбільше й краще плавати, танцювати, ліпити, співати, потрібно всіляко розвивати їхню моторику - майже завжди вбогу.

Якщо голос занадто глухий, якщо він легко стомлюється, "сідає", втрачає звучність і виразність, потрібно навчитися користуватися носовим подихом. Для цього треба 2-3 рази в день протягом 2-3 тижнів робити дві вправи: 1) закриваючи вказівним пальцем по черзі праву й ліву ніздрю, 5-7 разів вдихати й видихати через відкриту ніздрю;

2) при вдиху мало-мало потрібно надавлювати на крила носа (10-12 разів).

Крім цього для посилення звучності голосу можна видихати максимально звузивши простір між губами й одночасно підтягуючи м'яза живота.

Для зміцнення м'язів мови необхідно енергійно вимовляти Т-Д, Д-Т, а для зміцнення м'язів губ - Б-П, П-Б. Зміцнює м'язи глотки часте й енергійне проголошення ДО-Г, ДО.

Всі ці вправи робляться поза яких-небудь схемат, а до "переможного кінця".

Лікування логоневрозів.

Крім принципів лікування загальних для всіх форм мовної патології існують розходження в підході до пацієнтів з невротичними й неврозоподібними порушеннями.

Головний метод лікування невротичних розладів мови це психотерапія. Важливу роль грає сугестивна психотерапія. Наприклад, у дітей шкільного віку вона складається з наступних етапів.

На першому - підготовчому - етапі формула вселяння така: "Прийми зручну позу, закрій ока, ти ні про що не думаєш, тобі спокійно, настрої рівне, ти як би завмер, розслабився, у тебе виникає той стан, що буває коли ти засипаєш. Коли я порахую до 5, тобі захочеться спати, але ти увесь час будеш чути мій голос, він не буде пропадати".

Потім треба загально седативний етап: "Ти відчуваєш себе спокійно, тебе ніщо не турбує, серце б'ється рівно й легко, дихається вільно, руки теплі, віка важкі, ти начебто спиш і в той же час чуєш мій голос, тебе ніщо не турбує" і т.п.

Третій етап - вселяння, спрямоване на ліквідацію невротичної заїкуватості: "Ти не відчуваєш почуття напруженості й страху при розмові, ти представляєш, як говориш без хвилювань, без напруги, без страху, твоя мова ллється плавно, легко, непомітно для себе, ти не думаєш про свою мову, тебе не турбує те, що можуть подумати про тебе, про твою мову навколишні, ти можеш вільно й без напруги висловлювати всі, про чим думаєш" і т.д.

Четвертий, завершальний етап вселяння, може бути двояким. В одному випадку психотерапевт може вселити перехід лікувального сну у фізіологічний: "Мій голос чутний усе тихіше, іноді він взагалі не чутний, усе більше хочеться спати, віка стали зовсім важкими, мій голос уже не чутний, ти спиш і коли прокинешся будеш почувати себе добре, упевнено, без усякої напруги, спокійним".

В іншому випадку вселяння завершується психотонічною кінцівкою: "Ти набрався сил, ти відчуваєш себе добре, спокійно. Коли я порахую до 5, ти поступово прийдеш у себе, ти будеш почувати себе добре відпочилим, бадьорим... раз... ти не будеш випробовувати страхів, будеш говорити плавно й без запинок... Два... ти усе більш чітко чуєш мій голос, тобі хочеться поворухнути пальцями... Три... ти став упевненим, спокійним, байдужим до неприємностей, які можуть зустрітися в майбутньому... Чотири... тобі хочеться відкрити ока, стиснути й розтиснути пальці рук, сонливість пройшла, ти набрався сил, м'язи наливаються кров'ю, силою, хочеться щось робити, все тіло

стає схожим на стислу пружину, ще небагато й ти, сильний, безстрашний, упевнений у собі й своїй мови, прийдеш у себе й будеш почувати себе здоровим і діяльним... П'ять... відкрий ока... міцно стисни й розтисни пальці рук і ніг".

Наведена формула типова для так званого звичайного гіпнозу, останній триває 20-25 хвилин і проводиться 2-3 рази в тиждень. Всім хворим з логоневрозом (та й з неврозоподібною заїкуватістю - це теж приносить величезну користь) необхідна метрична мова (20-30 хвилин щодня), читання стандартних текстів, уміння самозаспокоюватися й саморозслаблюватися, щоб зняти емоційна напруга й підвищений тонус мовних апарат, утворення конкуруючих вогнищ порушення, що придушують емоційну напругу - все це повинне сполучатися з довгостроково й інтенсивно проведеною десенситизацією.

Щодня по багато разів у добу пацієнт як би вмовляє себе: уже день або два я говорю в присутності психотерапевта добре, на душі спокійно, моя нервозність, роздратованість, лякливість пройшли. Тепер я спробую представити, що психотерапевт перебуває поруч із мною, а я подумки веду бесіду з незнайомою людиною. Звичайно, раніше в мене відразу ж виник би страх, але зараз я навчився придушувати його, не думаю про нього, я викликаю у свідомості образи чогось приємного й веселого, і напруга, що зараз могла б з'явитися, не виникає. Зараз я почну представляти, як я буду розмовляти з незнайомою людиною, але проте на душі буде спокійно й легко. Я подумки бачу поруч із мною мого психотерапевта й уже нічого не боюся". Пізніше пацієнт самостійно відвідує людні місця й звертається з питаннями до незнайомих людей - страху мови в нього вже немає.

Без допомоги родичів пацієнтів таким хворим важко допомогти: адже необхідно щодня по багато годин у день займатися, представляючи себе те в одній, то в іншій ролі, послідовно застосовуючи безліч різноманітних прийомів. Не в усіх на це вистачає терпіння й сил. Саме тому отут необхідний найсуворіший самоконтроль. А досяжним він буває далеко не завжди.

Для рятування від будь-яких невротичних порушень дуже важлива індивідуалізація лікування. Підібравши "ключик" до пацієнта, лікар уже

недалекий від лікування хворого. Саме завдяки ювелірній індивідуалізації психотерапевти різних напрямків і шкіл ефективно допомагають своїм пацієнтам.

Наводимо приклад групової імаготерапії школярів молодших класів із психогенним мутизмом, у структурі якого були невротичні й патохарактерологічні механізми, а також страх усього нового.

5-6 хлопчиків збираються разом з батьками в кабінеті лікаря. Психотерапевт розповідає, що він має намір лікувати їх за допомогою вироблення моделі поведінки, що виключає надмірне гальмування і впливає із цього схильність до мутизму (природно, що все це говориться доступно й зрозуміло як дітям, так і, головним чином, їхнім батькам), - спочатку пацієнти будуть під керівництвом лікаря й батьків необхідну модель поведінки подумки, потім уголос, а потім спонтанно й поводитися відповідно до цього образу.

Лікар або хтось із батьків зараховує розповідь О' Генрі "Вождь червоношкірих" або яку-небудь ще веселу розповідь із динамічним сюжетом, здатним розворушити дітей, викликати в них посмішку, бажання прокоментувати його.

Пацієнтам дозволяється як завгодно реагувати на зміст розповіді, але по закінченні читання дітям говорить: мовчите й подумки уявляйте, начебто ви на місці головного персонажа розповіді й відповідно поведіться. Уявляйте, ви вже звикли до ролі, вам хочеться розповісти, щоб ви робили, будь на місці героя. Завтра або післязавтра ви знову прийдете до мене й кожний з вас розповість, як би він поведівся, якби був хлопчиком з розповіді О' Генрі. Батьків прошу простежити, щоб діти вдома теж по 2-3 рази в день - кожний сеанс тривалістю в 5-10 хвилин - уявляли себе як герой розповіді, але тепер уже не подумки, а вголос і з діями (тільки не занадто агресивними або руйнівними).

На наступному етапі лікування пацієнти в кабінеті психотерапевта розповідають і показують як вони поводитися, періодично виконуючи роль Вождя червоношкірих. Батьки підбадьорюють оповідачів, підказують їм,

провокують їх, домагаючись, щоб діти трималися максимально сміло, активно (навіть зухвало й нахабно), щоб розмовляли голосно, уривчасто ("по-командирськи").

Таких сеансів у кабінеті лікаря проводиться близько 5-6, інтервали між ними 1-2 дня. В інтервалах діти самі звикають до ролі героя розповіді й поступово формують у такий спосіб відсутні або недостатньо розвинені щиросердечні властивості, що врівноважують, нейтралізуючі або нівелюючі риси характеру, що привертали їх колись до системних психоневрологічних розладів.

Зрозуміло, що одночасно з імаготерапією проводяться й інші види лікування.

Критерії оцінок мови після. проведеного курсу логопедичних занять.

У логопедичній практиці прийнято оцінювати ефективність подолання заїкуватості по наступній шкалі: мова вільна, без заїкуватості, зі значним поліпшенням, з незначним поліпшенням і без поліпшення. Мова заїкуватого тут оцінюється в порівнянні з її вихідним станом перед початком курсу логопедичних занять.

Прийняту оцінку мови не можна вважати досить повною, тому що вона не дає об'єктивного подання про стан мови дитини до кінця корекційного курсу. Наприклад, дитина з важкою формою заїкуватості на початку занять майже не говорила, спостерігалися спазми на кожному слові, виражений страх мови, замкнутість у собі й т.д., а наприкінці курсу судороги спостерігалися тільки на початку окремих фраз, їхня сила значно зменшилася, дитина стала більше говорити й т.д. Таким чином, результат занять значний, хоча заїкання при цьому залишається.

Така оцінка характеризує успіх роботи логопеда й можливості дитини. Однак подібна оцінка суб'єктивна, і вона не відображає об'єктивної картини стану його мови й не визначає необхідних умов для подальшої роботи з ним.

Можлива додаткова оцінка мови заїкуватого, у якій стан його мови після проведеного курсу логопедичних занять рівняється з правильною мовою не заїкуватої дитини.

У цьому випадку логопед керується наступними критеріями: Практично здорова мова. Мова в дитини на заняттях і поза їх вільна. Він самостійно й упевнено використовує придбані навички правильної мови й поводження, Виверти й супутні рухи зняті. Дитина упевнена, що вона стала говорити правильно й що при подальшій закріпній роботі заїкання ніколи до нього не повернеться.

Незначні залишкові явища заїкуватості. дитина вільно говорить на логопедичних заняттях. Але в складних умовах можуть спостерігатися пароксизми заїкуватості й виверти. Навички правильної мови й поводження в нього закріплені недостатньо міцно, незважаючи на гарну мову на логопедичних заняттях. Недоліки мови дитини не переживає або зовсім їх не зауважує.

Він упевнений, що при бажанні може говорити зовсім вільно.

Значимі залишкові явища заїкуватості. Незважаючи на поліпшення стану мови в результаті корекційно-педагогічної роботи з дитиною, у нього продовжують спостерігатися пароксизми заїкуватості навіть на логопедичних заняттях. Дитина самостійно не може або не хоче виправляти свої мовні запинки. Щоб замаскувати свою неправильну мову, іноді прибігає до супутніх рухів і вивертів. До значних залишкових явищам заїкуватості ставляться також випадки, коли корекційно-педагогічна робота з дитиною не дала видимих результатів

Таким чином, ефективність подолання заїкуватості після логопедичної роботи повинна включати дві оцінки, що відбивають результат проведеної роботи й об'єктивну оцінку стану мови.

Висновок.

У логопедичній практиці фахівцям постійно доводиться зустрічатися з людьми, яких не влаштовує система постійного, досить тривалого й потребуючого зусиль роботи над собою, над своєю мовою. Завжди є люди (самі заїкуваті або їхні батьки), які сподіваються на існування якихось « супер засобів » , що дозволяють відразу й назавжди позбутися від заїкуватості. Молодим фахівцям варто мати на увазі, що в логопедичних кабінетах нерідко доводиться чути про це питання : - А чи не можна зробити операцію ? Ми чули, що десь роблять операцію на язиці.

Звичайно з таким питанням звертаються дорослі люди, що страждають заїкуватістю ; рідко - батьки заїкуватих дітей. Звідки в наш час почерпнуто відомості про хірургічне втручання при заїкуватості ? Але ж дійсно в минулому протягом майже двох тисячоріч (з X по XIX ст.) робилися спроби лікувати заїкання хірургічним шляхом.

Особливий розвиток і поширеність хірургічний метод одержав у середині XIX в. після операцій, зроблених талановитим німецьким хірургом Диффенбахом. Диффенбах робив операції трьома способами : 1) горизонтально-поперечний розріз кореня язика ; 2) підшкірно-поперечний розріз язикам зі збереженням слизуватої плівки ; 3) горизонтальний розріз підстави язика з вирізанням з нього поперечного шматочка.

Чи використовується в наші дні хірургічний метод при лікуванні заїкуватості ? Немає. Існування цього методу було можливо, поки причину заїкуватості бачили в якихось фізичних недосконалостях язика або в його недостатньої рухливості. Коли ж затвердилася думка, що заїкання по природі своїй є невротичним розладом, хірургічне втручання виявилось зайвим.

Відмові від цього методу були також окремі випадки смертельних операцій. До речі сам Диффенбах згодом також відмовився від хірургічного лікування заїкуватості.

Тим часом факт, що люди заради рятування від заїкуватості йшли на досить хворобливу й далеко не завжди результативну операцію, указує, наскільки сильно переживає заїкувата свою недугу.

У логопедичних кабінетах досить нерідко звучать питання й про ефективних ліках, якихось особливих таблетках....

- Невже немає таких ліків? - нерозуміють засмучені пацієнти.

Як не смутно, але таких єдиних і завжди ефективних ліків немає.

До речі, лікарське лікування заїкуватості також відноситься до дуже древніх часів. Правда, це лікування було дуже й дуже своєрідним.

Тут можна зустріти рекомендації вживати персики й шавлію, відволікаючи банки й мушки, пропозиції стежити за шлунком, прикладати до потилиці сильно діючий пластир, уникати миття голови, язик змазувати медом і сіллю, застосовувати проносні, блювотні засоби, хвойні ванни й т.д.

Треба віддати належне, лікарські засоби не були, як правило, вичерпуючими у лікуванні заїкуватості, а лише в тій або іншій ступені доповнювали його.

А немає чи яких-небудь допоміжних апаратів, що полегшують мову заїкуватих? У різний час робилися спроби використовувати для подолання заїкуватості й різні механічні пристосування. Але механічні пристосування не прижилися в практиці лікувально-логопедичної роботи з заїкуватими. Однак у цей час ми знаємо про спроби використання різних технічних засобів при лікуванні заїкуватості.

- А чи правда, що заїкання можнавилікувати за 75 хвилин? Ми читали в газеті...-це теж досить і досить звичайне питання в логопедичній практиці.

Так були часи, коли в газетах рекламувався метод «одномоментного зняття заїкуватості», запропонований К.М. Дубровським.

Як показав досвід вивчення цього методу, в один момент важко усунути всі ті порушення й розлади, які спостерігаються звичайно при заїкуватості: мови, фізичного й нервового здоров'я, загальної й мовної моторики.

Так що ж, виходить, немає одномоментності ? А тим часом одномоментність все-таки існує. Але не в змісті «дозволу» від заїкуватості в один момент. Одномоментність існує. Але не в змісті «дозволу» від заїкуватості в один момент. Одномоментність існує в тім, що заїкуватий, поволі, заздалегідь (і не в один день) підготовлений фахівцями, у якийсь один момент (кульмінація лікувального впливу) раптом відчуває себе новою людиною, з новою мовою, новими поглядами на себе, на навколишніх. Але після першого відчуття в його ще порівняно довгий час буде тривати процес твердження й закріплення нових поглядів, нових навичок, нових звичок. Перед ним буде стояти завдання навчитися в результаті спеціальних мовних вправ самостійно й завжди користуватися новою мовою, по-новому поводитися в спілкуванні з навколишніми.

От чому в цей час багато фахівців у комплексі своєї лікувально-педагогічної роботи із заїкуватими підлітками й дорослими (маленьким дітям це протипоказано) використовують прийоми, запропоновані Дубровським.

Багато заїкуватих покладають більші надії на застосування гіпнозу з метою усунення заїкуватості. У минулому неодноразово вживали спроби лікувати заїкуватим вселянням у стані гіпнотичного сну.

Як показали спостереження ряду авторів, що заїкаючі в стані гіпнотичного сну на вимогу лікаря говорять вільно, а після пробудження або через деякий час мова залишається важкою. Штучно викликаний стан, як правило, не дає міцних результатів при лікуванні заїкуватості. Це пояснюється тим, що при заїкуватості в підлітків і дорослих утворюються настільки стійкі неправильні умовні зв'язки, які у свою чергу обростають різними супутніми розладами, що вгасити їх за допомогою одного вселяння звичайно не вдається.

Проте проведена гіпнотерапія досить часто сприяє поліпшенню загального самопочуття заїкуватих. З її допомогою вдається викликати в заїкуват бадьорий настрій, бажання активно лікуватися, віру у свої сили й успіх лікування, усунути страх мови, відхід у хворобу, подавлений настрій та ін. Тому як допоміжний засіб гіпнотерапія в цей час нерідко застосовується

лікарями в комплексі лікувально-педагогічного впливу на дорослих й підлітків із заїкуватістю.

Отже, «супер засобів», що дозволяють відразу й назавжди позбавити всіх заїкуватих від їхньої недуги немає. Є один загальний для всіх шлях - шлях кропіткої, завзятої роботи над собою, над своєю мовою. Якщо на це твердо настроїться, то гарними помічниками тоді виявляться й медикаментозне лікування, і сучасна апаратура, і сеанс імперативного вселяння в бадьорому стані й гіпноз.

Як показує досвід, не чудо, а праця лежить в основі рятування від заїкуватості. Розглянемо для приклада випадок з великим оратором і політичним діячем древньої Греції Демосфеном, що, як відомо, страждав заїкуватістю.

Заїкання і... слова великого оратора ! Чи не занадто це несумісно ? А отут ще це чудо або широко відомий курйоз про те, що від свого недоліку він, позбувся завдяки камінчикам, які підкладав під язик під час розмови.

Чи не так все це було ? Відомий вітчизняний учений професор И.А. Сікорський (1889) ретельно вивчав записки біографів Демосфена й дійшов висновку, що блискучий оратор стародавності дійсно страждав заїкуватістю. Причому мовні судороги в нього були настільки великі, що відбивалися навіть на його жестах.

Демосфен мав і типовий для багатьох заїкуватих характер : він був украй вразливий і боязкий, внаслідок чого відрізнявся тихим голосом і непевністю в собі.

Слід зазначити, що Демосфен сам обрав шлях рятування від недуги. Замовивши собі дзеркало в повний ріст він уважно вивчав недоліки своєї мови й поведження. Це дозволило йому намітити цілу систему різних мовних вправ. У них він передбачав не тільки регулярне тренування правильності своєї мови , але й виховання в себе певних рис особистості.

Відомо, наприклад, що в мовних вправах він велику увагу приділяв розвитку подиху, намагаючись підкоряти його своїй волі й контролю. Із цією

метою максимально затримував його, вимовляв довгі фрази на одному видиху, голосно декламував вірші, піднімаючись на круті підйоми, та ін. Щоб розвинути силу й координованість м'язових рухів мовного апарата, він ускладнював їх тим, що при мовних вправах клав дрібні й зручно рухливі камінчики.

Демосфен додавав також дуже серйозні зусилля до того, щоб додати своїй мові ретельну редакційну обробку. Він і згодом, уже будучи відомим оратором, до дрібних подробиць продумував майбутній виступ або бесіду : зміст, послідовність, фрази, вираження. Плутарх відзначає, що він ніколи не виступав без ретельної підготовки, незважаючи на свою ораторську досвідченість і постійний успіх.

Усунення всяких приводів до коливання у виборі слів надавало плинущу його думки рівний характер і тим полегшувало мову.

І все-таки, незважаючи на різноманіття й складні мовні вправи, на першому плані в Демосфена стояло завдання перемогти свою боязкість і зніяковілість, викликані присутністю іншої особистості або суспільства, привчити себе спокійно відноситися до них. От чому, зокрема, свої мовні вправи він проробляв у моря. Мінлива картина моря, що хвилюється асоціювалася в нього з поданням про неспокійну й шумливу юрбу.

Відомо також, що мовні вправи він нерідко проводив у присутності сторонніх осіб.

Чимало допомогло йому також прагнення наслідувати обраного зразка (для нього це був Перикл), його зовнішні манери, подумки входити в його роль. Ще одним прикладом для нього, а також і помічником був його лікар і учитель Неоптлем. Так, виявивши спостережливість і наполегливу волю, Демосфен досяг не тільки лікування, але й загального визнання свого ораторського таланта.

У зв'язку з наведеним прикладом варто звернути увагу на цікаву закономірність, що дозволяє оптимістично дивитися на заїкання. Натури зібрані, цілеспрямовані знаходять у собі сили або домогтися повного рятування від заїкуватості, або ігнорувати його настільки, що воно не заважає розкриттю

їхнього таланта й обраної діяльності. Історії відомий цілий ряд таких імен. Серед них давньогрецький оратор Демосфен і байкар Езоп, давньоримський поет Вергілій, французький журналіст і оратор К. Демулен, поет і критик Ф. Малерб, лікарі Шультесс, Меркель, Коен, легендарний комбриг Г.И. Котовський, артист И.Н. Певцов, психолог И.И.Тартаковський і багато хто інші.

Можна привести багато прикладів наших сучасників - серед них лікарі, артисти, поети, журналісти, політичні діячі, науковці, для яких заїкання не з'явилася непереборною перешкодою для реалізації їх життєвих планів, не повело від життя в суспільстві, не перешкодило розкриттю таланта, не позбавило життєвої радості, бадьорості, упевненості у своїх силах.

Список використаної літератури.

1. Лубовський В.И. “Спеціальна література” стор. 214 - 356 Москва 1998р.
2. Селеверстов В.И. “Заїкуватість” (Глава “Фіксація на дефекті”) стор. 33
3. Л.В. Кузнєцова “Спеціальна психологія” розділ 4 - 6. Москва 1999р.
4. Петрова В.Г. і И.В.Белікова “Хто вони діти з відхиленнями в розвитку”
5. Актуальні проблеми діагностики затримки психічного розвитку дітей /Під ред. К.С.Лебединській. М., 1982.
6. Божович Л.И. і ін. Досвід експериментального вивчення довільного поведження // Питання психол. 1976. №4.
7. Бугрименко Е.А. До питання про розвиток довільності поведження в дошкільному віці //Нові дослід. у психол. 1978. №1/18/, №2/19/.
8. Власова Т.А., Певзнер М.С. Про дітей з відхиленнями в розвитку. М.,1973.
9. Діти з тимчасовими затримками психічного розвитку /Під ред. Т.А. Власовой, М.С.Певзнер. М., 1971.
10. Діти із затримкою психічного розвитку /Під ред. Т.А.Власовой і ін. М., 1984.
11. Егорова Т.В. Розвиток пам'яті й мислення молодших школярів, що відстають у розвитку. М., 1973.
12. Жаренкова Г.И. Дії дітей зі ЗПР за зразком і словесною інструкцією // Дефектологія. 1972. №4.
13. Зейгарник Б.В. Введення в патопсихологію. М., 1973.
14. Карабанова Л.Н. Вольова готовність дітей до навчання в школі // Дипл.раб. /Научн. рук. Е. В. Карпова. Ярославль, 1996.
15. Карпова Е.В. Механізми порушення формування подань про час дітей класу корекції // Пізнавальні процеси в нормі й патології, Ярославль, 1995.
16. Ковальов В.В. Психіатрія дитячого віку. М., 1979.
17. Конопкін О.А. Психологічні механізми регуляції діяльності. М., 1980.
18. Котирло В.К. Розвиток вольового поведження дошкільників. Київ, 1971.

19. Психологічні особливості 6-літніх дітей з нормальним і затриманим темпом психічного розвитку. Гіркий, 1988.
20. Типова програма корекційного навчання дітей зі ЗПР. М., 1989.
21. Ульєнкова У.В., Аксьонова Е.Б. Формування саморегуляції в шестирічних дітей із затримкою психічного розвитку на заняттях по розвитку мовлення // Шестирічні діти: проблеми й дослідження. Н.Новг., 1993.
22. Ульєнкова У.В. Шестирічні діти із затримкою психічного розвитку. М., 1990.